8. Oct. 3) Der jugendliche Gefangene Nolz gleichfalls an dieser Krankheitsform in Behandlung vom 27. Juni bis 2. Juli, vom 5. Juli bis 3. Aug., vom 6. bis 15. Aug. 4) Der jugendliche Gefangene Müller litt vom 19. bis 22. Jan. am einfachen Bronchialkatarrh ohne Partiepirung der Intelligenz, erkrankte am 6. Febr. an Gastrointestinalkatarrh mit dem eigenthümlichen Delirium und war daran bis zum 12. März in Behandlung, vom 7. bis 11. Juni wurde er an einfachem Gastrointestinalkatarrh behandelt, und vom 16. Aug. bis 5. Sept. wurde er wiederholt am Gastrointestinalkatarrh behandelt, welcher diesmal die geistigen Functionen frei liess, aber von allgemeinen Convulsionen begleitet war. 5) Der Gefangene Hoffmann erkrankte den 24. März an Gastrointestinalkatarrh mit dem eigenthümlichen Delirium complicirt, und war daran bis zum 5. April in Behandlung. Am 8. Juni erkrankte er am Typhus und starb daran am 26. Juni. 6) Der jugendliche Gefangene Leitner war vom 15. bis 18. Mai an einfachem gastrischem Fieber in Behandlung, litt vom 9. bis 17. Juni an der nervösen Form des Intestinalkatarrhs, bekam den 13. Juli den Typhus, war daran bis zum 7. Sept. krank, wurde am 2. Oct. wiederholt von der nervösen Form des Intestinalkatarrhs befallen, und war daran bis zum 8. Oct. in Behandlung. 7) Der Gefangene Lorch erkrankte den 15. Mai an der nervösen Form des Intestinalkatarrhs, war wegen der darinnckigen psychischen Alteration bis zum 10. Juni in Behandlung, erkrankte am 17. Juni am Typhus und starb am 14. Juli in der Reconvalescenz von demselben an Verblutung. 8) Der jugendliche Gefangene Hofgärtner war vom 3. bis 4. Febr. an fieberlosem gastrischen Katarrh in Behandlung, wurde vom 8. bis 28. Juli am Typhus behandelt, erkrankte den 19. Aug. an nervösem Gastrointestinalkatarrh, diesmal hatte aber die nervöse Cerebralaffection die Form der Manie.

4) *Catarrhus gastrointestinalis febrilis*, der mit Fieber verbundene Gastrointestinalkatarrh. Zu dieser Kategorie wurden die leichteren Formen der typhösen Darmerkrankungen gestellt, eine strenge Grenze zwischen diesen Formen und den eigentlichen Typhen liess sich in manchen Fällen nicht ziehen. Die Erscheinungen waren so ziemlich die des ersten Stadiums des Typhus, die cerebralen Erscheinungen beschränkten sich auf Kopfschmerz, Schwindel, Taumel, manchmal Schwere, leichte Benommenheit der geistigen Functionen, oft Verstopfung, selten Diarrhöe. Die Reconvalescenz erfolgte in der Regel nach 4 bis 8 Tagen.

5) *Catarrhus gastrointestinalis afebrilis sive Status gastrico.* Die Erscheinungen waren die des gewöhnlichen Gastricismus mit Brechreiz, gleichsam die leichteste Form der typhösen Darmerkrankung. Die Zunge war meist belegt, manchmal bestand noch Ekelnst, Geschmack verändert, bitter, in einzelnen Fällen stets, schleimiger, saurer, manchmal spontanes Erbrechen, nicht selten bestand damit Schwindel, bleiches, angegriffenes Aussehen, Mattigkeit, selbst Ohrensausen, erweiterte Pupillen und Obnebulation des Gesichtssinnes wurde beobachtet.

Aetiologie.

Die Aetiologie der typhösen Erkrankungen gehört bekanntlich bislang noch zu den dunklen Partien medicinischen Wissens, im günstigen Falle muss man sich mit irgend einer wahrscheinlichen Conjectur begnügen. Für mich war es natürlich von grosser Wichtigkeit, ausfindig zu machen, von welchen Momenten diese herrschenden bösartigen Krankheiten abhängen. Von wahrnehmbaren insalubren Einflüssen von den Speisen, vom Trinkwasser, von schädlichen Effluvien, die etwa aus der Nachbarschaft ihren Weg in die Anstalt gefunden hätten, ist mir nichts bekannt geworden. Die Gefangenen befanden sich in diesem Jahre in Beziehung auf ihre Lebensweise, Kost, Beschäftigung unter denselben Umständen in der Anstalt, wie in früheren Jahren. Weder die Lage der Strafanstalt, noch die bauliche Einrichtung, noch die Umgebung, noch die Verschiedenheit der Räume, in welchen die Gefangenen untergebracht sind, boten Anhaltspunkte zur Erklärung dieses Gesundheitszustandes. Die Epidemie war eine ganz locale, auf die zwei genannten Gebäude beschränkte, was die schweren Fälle, die eigentliche Nervenfieberepidemie anbelangt, es liegt deshalb der Schluss nahe, dass in den Räumen der Gebäude gelegene Verhältnisse an dem cumulirten Vorkommen schwerer typhöser Fieber die Schuld trugen. Es ist schwer, in die Genese unserer Typhusepidemie einiges Licht zu bringen, wenn man sich nicht bloss auf vage Hypothesenmacherei verlegen will, doch scheinen mir einige thatsächliche Verhältnisse vorhanden zu sein, welche zur Aufklärung in diesem dunklen Gebiete zu verwenden sind. Schon für gewöhnlich ist durch das Zusammenleben vieler Personen, wie es in Gefängnissen und höheren Strafanstalten natürlich vorkommen muss, ein ungünstiger Einfluss auf die Gesundheit der Bewohner zu verspüren, welcher sich nach meinen, durch längere Zeit gemachten Erfahrungen, durch mancherlei krankhafte Zufälle und Processe zu erkennen giebt, die beim ordinären Gang der Verhältnisse nicht sonderlich beachtet und in Beziehung auf ihre Quelle nicht gehörig gewürdigt werden. Allein diese für die gewöhnliche Anschauung unbedeutenden Erkrankungsformen, wie ich sie schon Eingangs dieses Artikels schilderte, müssen schon als die Folgen einer gewissen mephitischen Infection betrachtet werden. Steigert sich aus irgend einer Veranlassung dieser mephitische Einfluss, so sind damit die Bedingungen zum Ausbruche bösartiger Fieber mit intensiver Störung der Functionen des Nervenapparates in erhöhtem Maasse gegeben. Zwei Momente nun scheinen mir hier von Bedeutung zu sein. Für's Erste waren gerade die zwei Gebäude der Strafanstalt, in welchen die schwereren Formen typhöser Fieber zum Ausbruch kamen, der Männerbau des Zuchtpolizeihauses und die Anstalt für jugendliche Gefangene in den letzten Jahren stärker bevölkert wie sonst, namentlich in dem Jahre vorher, ehe die Epidemie typhöser Fieber zum Ausbruche kam. Als Folge der schlechten Zeiten nahm nicht allein die Anzahl der gewöhnlichen Einlieferungen zu, sondern es wurden auch noch wegen Ueberfüllung in einer entfernten Strafanstalt ausserordentlicher Weise Gefangene in den Männerbau des Zuchtpolizeihauses versetzt; zum zweiten begünstigte der allgemeine *Genius morborum epidemicus*, wie er sich auch ausserhalb der Anstalt in Stadt und Land in den vorherrschenden Krankheiten aussprach, das Auftreten typhöser Erkrankungsformen. Grippeartige und gastrointestinale Katarrhe, besonders letztere, waren die gewöhnlichen Krankheitsformen, welche damals zur ärztlichen Behandlung kamen. Der allgemeine epidemische Einfluss und die besonderen in der Strafanstalt selbst liegenden localen Verhältnisse mochten nach dem Geschlechterten für den Männerbau des Zuchtpolizeihauses und die Strafanstalt der jugendlichen Gefangenen die Ursache für den Ausbruch schwerer typhöser Fieber abgegeben haben, während dieselben Noxen, mit weniger Intensität im Weiterbau wirksam, den ordinären Gang der Erkrankungen nur wenig überschritten, d. h. zu dem Vorkommen von Gastrointestinalkatarrhen in etwas cumulirter Anzahl Veranlassung gaben. Nur die Epidemie schwerer typhöser Fieber im Bau für jugendliche Verbrecher scheint mir durch diese Deduction nicht so ganz erklärt, der Gefangenenstand war auch hier längere Zeit vorher viel grösser wie gewöhnlich, in dem Verwaltungsjahre von 1851 bis 1852 um die Hälfte kleiner, als in dem darauf folgenden von 1852 bis 1853. Doch erscheint mir diese Vermehrung nicht von der Bedeutung, um den Grad mephitischer Infection der Gefangenen dieser Anstalt zu erklären, wie er sich in den Erkrankungen manifestirte.

Therapie.

Bei der Behandlung ging ich vornehmlich von symptomatisch-palliativen Indicationen aus. Ich eröffnete dieselbe mit einem Brechmittel, die sogenannte *Turgescentia ad superiora* war beinahe immer prägnant zugegen, die Kranken fühlten sich nach dem Erbrechen wesentlich erleichtert, wohler. Erforderte der Zustand den Gebrauch weiterer Arzneien, so gab ich in den Fällen, welche nicht mit Diarrhöe verbunden waren, Mittelsalze mit einem nauseosen Zusatz oder Calomel in kleinen Dosen, gr. ß—j. In den mit Diarrhöe complicirten Fällen ordnirte ich ein *Inf. rad. ipecacuanh.* ex gr. vj parat. mit *Gummi arab.* und *Opium*, hatte der Erkrankungsfall einen activen, synochalen Charakter, so machte ich noch einen Zusatz von *Tart. emet.* in kleiner refracter Dosis. Trat eine günstige Wendung ein in dem Krankheitsverlaufe mit Fieberabnahme, so ging ich zu der tonisirenden Methode über, *Tinct. ch. ag., Extr. gentian., Inf. rad. arnicae.* Im adynamischen Stadium gab ich ein *Inf. rad. valerian.* mit Salzsäure, oder bei grosser Kräfteprostration ohne Salzsäure mit einem analeptischen Zusatz, auch Oelemulsonen mit Campher wurden in Anwendung gebracht. Chinin wandte ich in einem Falle im adynamischen Stadium, wie es schien, mit günstiger Einwirkung, aber ohne Heilerfolg an. Zwei Mal liess ich zur Ader, gleichfalls mit günstiger Einwirkung; das Blut hatte, dem Aussehen nach zu urtheilen, die normale Beschaffenheit, liess nichts Abweichendes wahrnehmen. Diese Behandlung, deren Wesentliches ich hier geschildert habe, instituirt je nach den speciellen Bedürfnissen und Indicationen, hatte auf das Befinden der Kranken in der Regel eine günstige Einwirkung.

Miscellen.

Journal-Auszüge.

Meningitis cerebralis tuberculosa.

Aus dem Französischen
von
Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Bekanntlich hat Louis ein pathologisches Gesetz eingeführt, kraft dessen die Existenz von Tuberkeln in irgend welchem Organe immer mit der Anwesenheit dieses krankhaften Erzeugnisses in den Lungen coincidirt. Obwohl dasselbe nunmehr als eine unbestreitbare factische Wahrheit besteht, so lässt es doch einige Ausnahmefälle zu, die schon

Digitized by Google

von Leguillon bezeichnet sind. Zu diesen dürfte der in der Gazette des Hôpitaux referirte folgende hinzugefügt werden, da er sich zudem der Aufmerksamkeit der practischen Aerzte durch mehrere interessante besondere Umstände empfiehlt.

H., 35 Jahre alt, ein Mann von hoher Statur, nervösen Temperaments, mit einer Gesundheit begabt, die niemals ernstlichen Angriffen unterlegen gewesen ist, beklagte sich den 5. Jan. e. über einen genau auf die rechte Hälfte der Hirnschale begrenzten, alle Tage um 11 Uhr Morgens zurückkehrenden und gegen 2 Uhr Nachmittags (du soir) verschwindenden Schmerz. Es gingen dem Schmerze Frostschauer vorher und leichte Fieberbewegungen begleiteten ihn. Der lehmige Zungenüberzug, die Anorexie und die von mehreren Tagen datirende Constipation konnten glauben machen, dass diese Hemicranie nichts Anderes sei, als der reine und einfache Ausdruck einer gastrischen Störung, eines bei den Soldaten so gewöhnlichen Krankhaften Zustandes. Und so war es auch. Man liess demgegen den Kranken eine Bouteille Seidlitzer Wasser trinken, die vier sehr copiöse Stühle hervorrief. Den andern Tag reichte man ihm (0,5) schwefelsaures Chinin. Unter dem Einflusse dieser Medication hörten die Anfälle vollständig auf. Seit dieser Zeit wurde der Appetit sehr lebhaft; allein H. war, obgleich er gar kein körperliches Ungemach empfand, traurig, schweigsam, deprimirt, und antwortete sichtlich nur mit Widerstreben auf die an ihn gerichteten Fragen. Seine Haltung war die eines Lypemaniacus, sein Bedürfniss kein anderes, als zu essen und zu schlafen. Bald war der Schlaf tief, gleichsam comatös, bald durch unruhige Träume und durch ungestümes Erwachen gestört. Diese habituelle Prostration, in welche der Kranke verfallen war, die Erweiterung seiner Pupillen, die Vollheit und Langsamkeit seines Pulses zeigten bei ihm offenbar irgend eine schwere Verletzung von Seiten des Gehirns an. Hr. Champouillon glaubte auch verschiedene Blutegel an die Schläfen und hinter die Ohren, sowie drastische Abführungen, Senf-Fussbäder und ein Haarseil in den Nacken verordnen zu müssen.

Der Kranke wurde seines somnolenten Torpors, in welchem er 3 Tage hingebracht, nun bald ledig; gleichwohl behielt seine Physiognomie den Ausdruck einer tiefen Traurigkeit. Mittlerweile erfuhr man, dass H., auf dem Punkte, sich zu verheirathen, den Drohungen einer Frau ausgesetzt gewesen sei, an welche ihn ein früheres vertrauliches Verhältniss gebunden hatte. Um dieser Verfolgung ein Ziel zu setzen, und in der Hoffnung, diesem Manne, der kleinmüthigen Charakters war, ein wenig Ruhe zu geben, schlug ihm Champouillon vor, Paris zu verlassen, und verschaffte ihm die Mittel dazu. Genugsam beruhigt, wurde H. bald munterer und mittheilsamer (plus expansif); ein von nun an ruhiger Schlaf und eine zweckmässige Nahrung liessen ihn in ganz kurzer Zeit seine vollkommene Gesundheit wiedererlangen.

In dem Augenblicke, wie er das Hospital verlassen wollte, bekam er einen Brief, der neue Drohungen enthielt. Seine Gemüthsbewegung davon war so tief, dass er sogleich von Erbrechen, heftiger Beklommenheit, Fieberwahnsinn, epileptischen Convulsionen und tetanischer Steifheit in dem rechten Beine und Arme nach einander ergriffen wurde. Die Anwendung von innern und Hautrevulsivmitteln, so wie antispasmodische Getränke verminderten die Heftigkeit dieser Zufälle rasch. Nicht lange darauf kehrten sie aber mit gleicher Intensität wieder, nahmen jedoch einen intermittirenden Gang an. Während der kurzen Zwischenräume der Apyrexie beklagte sich der Kranke über Verdunkelung des Gesichts und eine permanente Cephalalgie, die er irgend einer Exostose der Schädelknochen zuschrieb. Dieser Zustand hatte sich seit 6 Tagen nicht verändert, als H. in Folge eines epileptischen Paroxysmus in ein tiefes Coma verfiel, während welches er, nachdem er 1½ Monate in der Kaserne und im Hospitale krank gewesen war, seinen Geist aufgab.

Die mit Sorgfalt geführte Leichenöffnung zeigte, wie man das erwarten durfte, bedeutende Blutüberfüllung der Hirnhäute und der Hirnsubstanz. Die *Pia mater* und die *Arachnoidea* waren ausserdem von Miliartuberkeln übersäet, die wie gestielt aussahen, eine unregelmässige Form, so wie eine gelbliche Farbe hatten und durch Fingerdruck auseinander gingen. Die Theile der Membranen, auf welchen die Tuberkeln, in Gruppen von 15—20 zerstreut, sassen, waren lebhaft roth und offenbar erweicht. Die Consistenz des Hirns bot absolut nichts Innormales dar; die in grosser Quantität in den Ventrikeln enthaltene Serosität participirte an der allgemeinen Färbung der hirnigen. Die Lungen hatten den Umfang und die Blutüberfüllung der an Asphyxie Gestorbenen. Man mochte sie nach mehrmaligem Abwaschen noch so genau in allen Theilen untersuchen, man fand sie überall vollkommen gesund und ohne die geringste Spur einer Tuberkelmaterie. Mit derselben Aufmerksamkeit wurden das Peritonäum, das Mesenterium und die Bronchialganglien nachgesehen; auch in ihnen traf man keine Tuberkeln an. Das Rückenmark war einfach injicirt, vornehmlich in seiner Cervicalregion.

Der Capitalpunkt bleibt also die isolirte Existenz von Tuberkeln in den Hirnhäuten, und dem zufolge eine Contradiction gegen das von Louis etablirte Coincidenzgesetz. Beeilen wir uns inzwischen, auszusprechen, wie wir nicht gemeint sind, eine Grundwahrheit durch eine ausnahmsweise vorgekommene Thatsache zu schwächen, der wir gegentheils ihre wahre pathologische Deutung geben wollen. Obgleich H. im Verlaufe seines Lebens stets den Schein einer blühenden Gesundheit bewahrte, so kann man nichts desto weniger annehmen, dass bei ihm eine latente Prädisposition zur tuberculösen Cachexie, die bereit war, sich in irgend welchem Organe kund zu thun, sobald dazu eine Localursache in Wirksamkeit trat, obwaltete. Lange Zeit vor seinem Eintritte in das Militärspital Val-de-grace war dieser Mann sehr unruhig über seine Lage und versenkte sich stundenlang in Selbstbetrachtungen, auf welche Cephalalgie und Epistaxis zu folgen pflegten, unzweideutige Erscheinungen einer mehr oder weniger beträchtlichen Hyperämie des Gehirns. Diese wird, unserer Meinung nach, die Gelegenheitsursache der tuberculösen Evolution in den Meningen gewesen sein. Die Störungen der Intelligenz und der Motilität sind als secundäre Zufälle dieser krankhaften Production ad fatum zu erklären. Freilich kann man sich fragen, ob eine einfache *Hyperaemia cerebralis*, selbst dann, wenn sie habituell ist, hinreicht, Tuberkeln zu erzeugen. Für uns ist daran nicht zu zweifeln, die wir wissen, wie niederdrückende Gemüthszustände, wie das Heimweh z. B., die Wirkung haben, eine Blutstase in den Lungen zu setzen und zu unterhalten, welche dann endet, der Sitz einer Tuberkelarbeit zu werden, die nichts auf- und in Schranken hält, wenn die ihr zum Grunde liegende Gemüthsfassung sich verlängert. Warum sollte es nicht unter analogen Bedingungen eben so bei dem Gehirne sein? Man könnte uns für den einzelnen Fall entgegnen, dass eine robuste Constitution, wie die des H. sie war, jede Präsumption einer tuberculösen Diathese unwahrscheinlich mache. Allein dieser Einwurf verliert allen seinen Werth in den Augen derjenigen anstbenden Aerzte, welche junge, kräftige, sanguinische Individuen ohne krankhafte Anteredentien von der Seite ihrer Brust nach den Massern, dem Scharlach oder einer Bronchitis, die sie sich zufällig zugezogen, sehr rasch phthisisch werden gesehen haben. Um eine so unvorhergesehene Wirkung zu erklären, muss man doch wohl anerkennen, dass eine Reizung der Lungenschleimhaut entweder den Tuberkel primär hervorbringe, oder dass diese Reizung so zu sagen eine Generalisposition zur tuberculösen Keimentwickelung secundire. Da man heut zu Tage allen Glauben an die erstere dieser beiden Hypothesen zu verweigern scheint, so wird man die zweite annehmen müssen. Kurz, wir glauben, dass man den von uns in seinen Hauptzügen mitgetheilten Fall von *Meningitis tuberculosa* als eine fruchtvolle Kundgebung einer Affection betrachten kann, die sich spätterhin vielleicht verallgemeinert haben würde, wenn sie Musse gehabt hätte, dem gewöhnlichen Laufe zu folgen.

Anzeigen.

Bei **Friedrich Mauke** in Jena ist erschienen und durch jede Buchhandlung des In- und Auslandes zu beziehen:

Schädel, Hirn und Seele
des Menschen und der Thiere
nach Alter, Geschlecht und Race.

Dargestellt
nach neuen Methoden und Untersuchungen
von
Emil Huschke,
ordentl. Professor der Medicin und Director der anatomischen Anstalten an der Universität zu Jena.

Nebst 6 Steintafeln mit photographischen Abbildungen.
Folio. geh. Preis 6 Thlr.

Lehrbuch
der
Receptirkunst
für
Aerzte
als
Leitfaden zu academischen Vorlesungen und zum Selbststudium.
Von
Dr. Xaver Schöman,
Professor zu Jena.
gr. 8. geh. Preis 1 Thlr.

Digitized by Google

Sonnabend, № 50. 16. December 1854.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche stündlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich zwei Thaler. Beiträge werden franco unter der Adresse der Verlagshandlung erbeten.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Ueber die Resection des *Processus nasalis maxillae superioris* nach B. Langenbeck. Von Dr. Billroth. — Beschreibung zweier Blasenscheidenfistel-Operationen, ausgeführt von Dr. Tenner. (Schluss.) — Zur Casuistik der Torso-Meistersi-Luxation. Von Dr. Schrauth. — Aus der geburtshülflichen Klinik des Geh. Rath Dr. Kilian zu Bonn. Von Dr. Noggerath. (Eine geburtshülfliche Beobachtung mit offener Frage.) — Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Dr. v. Bärensprung in Berlin. Von B. Beigel. (Schluss.) — Das Augenkranken-Clinicum zu Erlangen vom 1. Octbr. 1853 bis 1. Aug. 1854. Von Dr. Heyfelder. (Schluss. Krankengeschichten.) — Miscellen. Künstlicher Blutegel von Prof. Dr. Burow. — Personalien.

Feuilleton: Ein Wort über das Bad Driburg. Von Med.-Rath Dr. Brück.

Ueber die Resection des Processus nasalis maxillae superioris nach B. Langenbeck.

Von

Dr. Theodor Billroth,

Assistent-Arzt an der Königlichen chirurgischen Universitäts-Klinik zu Berlin.

Die Indicationen für die totale Exstirpation des Oberkiefers haben in der modernen Chirurgie eine Ausbreitung gewonnen, welche unzweifelhaft häufiger dem Operationsrenomé der Chirurgen als dem Kranken zu Gute kam. Es ist eine Operation, welche bei einiger Kühnheit und Gewandtheit nicht gerade zu den schwierigsten und doch zu den brillantesten gehört, indem der colossale Defect unmittelbar nach der Operation gleich zugedeckt wird, und bei einer Heilung der Schnitte per primam intentionem für das äussere Ansehen eine verhältnissmässig sehr geringe Entstellung setzt. Dennoch behält die betreffende Gesichtshälfte leicht ein bleibend hängendes Ansehen, das Auge sinkt tiefer und die Sprache wird so undeutlich, dass man die Kranken nur mühsam verateht, so dass schon hierdurch die Verstümmelung eine bedeutende ist. Viel mühsamer für den Operateur, doch viel fruchtbringender für den Kranken sind die partiellen Resectionen des Oberkiefers, welche in vielen Fällen die Exstirpation des ganzen Knochens ersetzen können. Es gilt dies namentlich für die Fälle, wo die totale Exstirpation wegen Necrose oder wegen Nasenrachenpolypen gemacht ist; auch Knochencysten lassen sich durch Resection der vorderen Cystenwand mit nachfolgenden Injectionen heilen, und selbst bei Carcinomen dieses Knochens lassen sich die Geschwülste oft durch sorgsame Entfernung der kranken Knochentheile für eine Zeit lang beseitigen, da in diesen Fällen die Exstirpation des ganzen Knochens leider ebenso wenig vor raschen Recidiven schützt, als die einfache Exstirpation der Geschwulstmassen mit Resection der unmittelbar anliegenden nächsten Knochenpartien: Die Mannigfaltigkeit dieser Operationen ist eine unendlich grosse, und werden sie eben dadurch so interessant, dass der Chirurg fast für jeden einzelnen Fall auf die zweckmässigste Führung der Schnitte zu denken hat.

Es interessirt uns hier besonders die Resection des *Processus nasalis* des Oberkiefers; es kann dieselbe vorgenommen werden, theils um Pseudoplasmen zu entfernen, welche in diesem Knochentheil selbst ihren Sitz haben, theils um sich dadurch Zugang zu tiefer liegenden Geschwülsten der Nase und des Rachens zu verschaffen. Einem jeden Chirurgen ist bekannt, wie schwierig die sichere Entfernung dieser Gebilde ist, wenn man die Operation von der Nase und vom Munde aus machen will. Die Geschwülste sind entweder so weich, dass man sie mit den Polypenzangen zerreisst, und adhäriren an so vielen Stellen, dass man sie nur herausbekommt, oder sie besitzen eine so zähe, elastische Consistenz, dass die Zangen abgleiten, die Scheeren ihren Dienst versagen, und die schärfsten Messer nicht einschneiden, da man die Geschwulstmassen nicht gehörig anspannen kann, es treten bei diesen Operationen dann leicht profuse Blutungen ein, und man muss die Operation beenden, ohne die feste Ueberzeugung gewonnen zu haben, dass man alles Kranke vollständig entfernt hat. Der Ausgangspunkt der hier in Betracht kommenden Geschwülste ist das Periost folgender Theile der *Basis cranii*: der *Pars basilaris oss. occipitis*, der unteren Fläche des *Corpus oss. sphenoidei*, der *Alae vomeris*, der *Fibro-Cartilago basilaris*, des knorpligen Theiles der *Tuba Eustachii*, der *Fossa pterygoidea*, des *Processus pyramidalis ossis palatini*, der *Spina nasalis posterior*. Man hat zur Entfernung dieser Geschwülste, welche sich mit Resorption der Innenwand des Antrum oder direct durch die *Fissura pterygopalatina* oder noch directer über

Feuilleton.

Ein Wort über das Bad Driburg.

Vom

Med.-Rath Dr. A. T. Brück in Osnabrück,

Brunnenarzt zu Driburg.

In unserer Zeit gesteigerter Concurrenz, wo jährlich neuerstehende Badeörter ihre Daseinsnothwendigkeit in Broschüren und Zeitschriften nachzuweisen bestrebt sind, möge es nur vergönnt sein, durch ein Wort an das längst bestehende Bad Driburg zu erinnern, dessen ärztliche Direction mir seit 26 Jahren unter Genehmigung der k. Preussischen Regierung von dem Besitzer des Bades, Hrn. Grafen v. Sierstorpff, anbefohlen ist.

Brunnenschriften veralten so schnell, dass ich voraussetzen darf, die meinige aus dem Jahre 1844, so wie die meiner Vorgänger seien der jüngeren ärztlichen Generation bereits unbekannt. Dafür spricht u. A. meine unten mitzutheilende Emendation des medicinischen Calenders für den preussischen Staat von 1855 in Bezug Driburgs.

Die in der Deutschen Klinik 1854 No. 13 und ff. von Herrn Dr. O. H. With in Altona veröffentlichten Notizen „Ueber die jetzt übliche Füllungsmethode der natürlichen Mineralwässer" (der Gegenstand meiner Unterhaltung mit Hrn. Dr. With bei seinem Besuche Driburgs im Sommer 1853) sind die nächste Veranlassung der nachstehenden Zeilen.

Der epidemische und stationäre Krankheitscharakter, welcher einst das Brown'sche System zur Geltung brachte, war dem Aufschwunge der kohlensauren Eisenquellen vorzugsweise günstig. Die Namen Pyrmont und Driburg waren, zumal in Norddeutschland, viel genannt. Das ältere Pyrmont, die Sommerresidenz eines Fürstenhofes, war der Versammlungspunkt der gekrönten Häupter und Celebritäten. Auch das Bad Driburg, schon im 16. Jahrhundert von Tabernamontanus gekannt und seit 1781 in v. Sierstorpff'schem Besitz, war ein vielbesuchter Kurort. Vor allem wurde das Mineralwasser durch seine günstige Analyse und durch Brandis' geniale Schriften in weiten Kreisen bekannt und vielfach versendet. — Ueberall, so auch in Driburg, geschah die Füllung des Mineralwassers in jenen Zeiten ohne viele Umstände in dem sorglosen Bewusstsein, das versandte Wasser enthalte in der Form noch Kohlensäure genug, und da es bei Hypochondristen dunkelgrüne Stühle und bei Bleichsüchtigen rothe Backen mache, auch noch hinlänglich Eisen. Die Versendung stieg auf die in damaliger Zeit bedeutende Höhe von 80,000 Flaschen jährlich.

Mit dem Brown'schen System zugleich sanken auch die Eisensäuerlinge im Credit; die „auflösenden" Quellen kamen an die Reihe. War es wirklich ein entzündlicher Genius epidemicus [1]) oder nur die Brownsais'sche blutrothe Entzündungsbrille: genug, man sah von nun an die blutnasturirenden Eisenquellen im Widerspruch mit der Nothwendigkeit (?) des Blutvergiessens, der Aderlässe coup sur coup — und das Boerhaave'sche Wort: „in ferro est aliquod divinum, sed nunquam praeparata ejus artificialia id operantur quod acidulae mar-

[1]) Möge es einem der ausgezeichnetsten Aerzte Berlins vergönnt sein, wie er mir jüngst brieflich mittheilte, die Metamorphosen der stationären Krankheits-constitution kritisch zu bearbeiten! Bk.

Digitized by Google

das *Foramen ovale* hinweg einerseits in die Schläfengruben hinein entwickeln können, andererseits unter dem *Margo infraorbitalis* nach Resorption der hinteren und vorderen Wand des Antrum hervortreten (wo sie dann oft fälschlich für Polypen des Antrum gehalten werden) — theils das *Velum palatinum* gespalten, theils den Oberkiefer vollständig herausgenommen, und sich dadurch allerdings gehörig Raum geschafft, um das Operationsfeld zu übersehen (Michaux, Robert, Flaubert, Maisonneuve). Es ist ein so schonungsloser Eingriff, eine solche Radicaloperation à tout prix gewiss nicht zu empfehlen, wenn man auch zugeben muss, dass die genaue Entfernung der Geschwülste, welche den eben angegebenen Sitz haben, von der grössten Wichtigkeit ist, da dieselben für den Kranken fast immer bösartig sind, indem sie bei ihrem stärkeren Wachsthum oft die *Basis cranii* perforiren, und zu einem lethalen Ende führen müssen. Es ist daher gegen das Bemühen, die vollständige Entfernung dieser Geschwülste mit Sicherheit zu bewerkstelligen, nichts zu sagen, doch lässt sich dies weit schonender ausführen. Hr. Geheimrath Langenbeck hat in neuerer Zeit drei solche Fälle mit dem schönsten Erfolge durch die Resection des *Processus nasalis* des Oberkiefers operirt; in zwei Fällen war das zu resecirende Knochenstück selbst mit ergriffen, in dem dritten Fall diente die Resection nur dazu, um die Möglichkeit einer reinen Exstirpation tiefer liegender Geschwulstmassen zu erreichen. Der Eingriff auf den Organismus kommt bei dieser Operation gar nicht in Betracht; der Defect macht mit Ausnahme der feinen Hautnarbe keine Entstellung, durchaus keine Formveränderung des Gesichts, verändert die Sprache nicht, und bietet doch den freisten Zugang zu den oberen Regionen der Nasenhöhle und zu den Fauces.

Die Operation wird am zweckmässigsten in folgender Weise ausgeführt: man beginnt den Hautschnitt dicht unterhalb des inneren Endes der Augenbraue, führt ihn bogenförmig nach dem Nasenrücken zu, von da abwärts ziehend nach dem Ansatz des Nasenflügels, und von hier je nach Bedürfniss in die vom Nasenflügel abwärts steigende Gesichtsfalte; man präparirt jetzt die Haut besonders nach dem Auge zu los, und gewinnt hierdurch einen klappenförmigen Lappen, welchen man zurückschlägt und einem Assistenten übergiebt; durch gleichzeitiges Vorziehen der Nasenhaut und geringe Lösung derselben hat man jetzt ein hinreichend grosses Feld für die Resection. Man trennt dann den Nasenknorpel von seinem Ansatz an den Knochen, setzt in diese Oeffnung dicht unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel eine dünne, kurze, feste Stichsäge, und führt diese zunächst schräg nach aussen und oben, nach der Gegend des Thränensackes hin, von hier direct nach oben, nimmt ein Stück des Thränenbeins mit fort, wendet sich nach der Nasenwurzel und von hier abwärts, indem man entweder die Verbindung des *Os nasi* mit dem *Processus nasalis* trennt, oder ersteres durchsägt; den letzten Schnitt kann man auch von unten nach oben führen, indem man dann die Säge von Neuem unten wieder ansetzen muss. Es fällt nun der *Processus nasalis* des Oberkiefers mit einem Stück des Thränenbeins, einem Theil des *Os nasi* und der unteren Muschel heraus, und man hat das ganze Innere der Nasenhöhle, die Choanen und den unteren Theil des Keilbeinkörpers vor sich, und kann von diesen Partien Geschwülste mit Sicherheit entfernen und, wenn es nöthig ist, Ferrum candens anwenden, ohne zu fürchten, den Kranken dadurch anderweitig zu verletzen, wie dies vom Munde aus leicht geschehen kann. Die Blutung ist höchst unbedeutend. Die Entfernung des Thränennasenkanals und des Thränensacks, welche in den meisten Fällen schon durch die Geschwülste zerstört sein werden, ist unwesentlich; die brillanten Resultate nach der Zerstörung des Thränensacks durch das Glüheisen wegen Dacryocystoblennorrhoe gehen Belege genug dazu; dass deshalb ein zu profuses Abfliessen von Thränen aus dem betreffenden Auge erfolgen sollte, gehört mehr in das Gebiet der physiologisch-chirurgischen Reflexionen, und bethätigt sich in der Praxis nicht. — Bei Ausführung der Operation an der Leiche habe ich gesehen, dass man leicht das *Antrum Highmori* dabei öffnen kann, welches einen oft ziemlich weit reichenden Fortsatz in den *Processus nasalis* schickt; nur bei einem der drei operirten Fälle war dies sicher geschehen; es hat jedoch keinen weiteren Nachtheil. Hat man alles Krankhafte entfernt, so legt man Charpiewieken ein, deren Fäden man durch das Nasenloch herausführt, dann vereinigt man die Wunde sorgsam mit Suturen und wird in den meisten Fällen eine Heilung per primam intentionem erreichen. — Der Gebrauch der Stichsäge ist für diese Operation von grossem Vortheil; es wird dadurch möglich, die Operation in 5—8 Minuten vollständig zu beenden. Freilich ist es nicht Jedermanns Sache dies Instrument richtig zu gebrauchen; es gehört eine sehr leichte Hand dazu, um mit sehr kurzen und schnellen Bewegungen rasch vorwärts zu kommen; man darf dieselben nur im Handgelenk machen; so wie man die Kraft des ganzen Armes dazu verwendet, wird die Führung viel zu schwerfällig und die Säge klemmt sich dann jedes Augenblick ein; bei einiger Uebung kann man damit jeden beliebigen Kreis- und Winkelschnitt beschreiben. Viele Chirurgen gebrauchen dies Instrument gar nicht, die Einen rühmen ihre Kettensägen, die Andere ihr Osteotom; es lässt sich darüber nicht streiten; wer die Stichsäge nicht zu brauchen versteht, der nehme ein anderes Instrument, was ihm besser passt; es kommt im Wesentlichen nicht darauf an, kann ich mich dem Chloroformgebrauch von dem ich, tuto et jucunde der alten Chirurgen, in den meisten Fällen das eito für die Zuschauer, nur das tuto für den Kranken, und das jucunde für den Operateur geblieben ist.

Es ist über die Entfernung der sogenannten Nasenrachenpolypen in Paris vor einiger Zeit eine Dissertation von einem M. d'Ornellas erschienen, deren Resümé in der Gazette des Hôpitaux 1854 No. 88 mitgetheilt ist; es wird darin ein von Nélston ausgeführtes Operationsverfahren mitgetheilt, welches in der Spaltung des *Velum palatinum* mit nachfolgender Resection des *Palatum durum* besteht. Es heisst am Schluss dieser Arbeit: „La méthode de M. Nélaton doit être adoptée comme méthode générale, pour le traitement des polypes fibreux de la base du crâne.“ Dies möchte schwer zu vertheidigen sein: es ist immer gewagt, bei Operationen der vorliegenden Art eine Methode als eine allgemeine in allen Fällen auszuführende hinzustellen; die operative Chirurgie würde ihren Reiz verlieren, wenn man für jede Operation nach mathematisch bestimmten Sätzen verfahren

tiales“ wurde von den Stimmführern geradezu ein veralteter Gemeinsatz genannt. „Ich hasse die Eisenquellen!“ mit diesen Worten begrüsste mich Rust, als ich ihm mit Joh. Müller im Sommer 1829 in Wiesbaden den ersten Besuch machte. — Natürlich nahm unter solchen Stimmungen der Besuch und die Versendung der Eisensäuerlinge bemerklich ab.

Hier scheint mir der Ort, auf eine merkwürdige Schwankung in den Analysen der Pyrmonter so wie der Driburger Quellen, vorzugsweise bezüglich des Eisengehaltes, aufmerksam zu machen. Die früheren Analysen ergaben einen weit grösseren Antheil an kohlensaurem Eisenoxydul, als die späteren. So fand Westrumb vor etwa 40 Jahren in 16 Unzen der Pyrmonter Trinkquelle 1,055 Gran, in der Driburger 1,330 Gran kohlensaures Eisenoxydul, während später Brandes und Krüger in der ersteren nur 0,7389 und gleichzeitig du Ménil in der Driburger nur 0,5530 Gran fanden, bis endlich Strnve den Pyrmonter Eisengehalt gar nur auf 0,4901 und Varrentrapp den Driburger auf 0,345 Gran reducirte. Woher diese grosse Differenz der Analysen im Laufe von etwa vier Decennien?..... Ich hatte in Casper's Wochenschrift (1839 No. 18) den Wunsch ausgesprochen, dass durch eine neue vergleichende, nach einem und demselben Verfahren von einem und demselben Chemiker angestellte Analyse beide Mineralquellen noch einmal näher untersucht werden möchten und Hr. Geh. Rath Menke in Pyrmont stimmte mir in seiner 1840 erschienenen Brunnenschrift darin bei (S. 264): — es blieb jedoch ein frommer Wunsch.

Was nun die Driburger Quelle anbelangt, so glaubte ich in der 1843 allzu weit gerathenen Fassung wenigstens einen Grund ihres verminderten Eisengehaltes zu finden, eine Ansicht, der Hr. Dr. With bei seinem Besuche Driburgs beistimmte, und welche er auch in d. Bl. l. c. wiederholt ausspricht. Es ist mir gelungen, den Herrn Besitzer des Driburger Etablissements zu einer bedeutend engern Fassung unserer Trinkquelle von Grund aus bis zu ihrem Zutagetreten in der Brunnenhalle zu vermögen. Der höchst auffallende Erfolg dieser Veränderung drang sich jedem, der die Quelle früher gekannt, in diesem Sommer sofort auf, und die Stimmgäste bestätigten einstimmig, dass sie den jetzt kräftigeren Brunnen besser, als früher, vertrügen. Eine junge Dame, an *Morbus maculosus* leidend, trank eine Zeitlang mit grossem Appetit und sichtlichem Erfolg täglich 124 Unzen, während sie vor 2 Jahren nicht die Hälfte vertrug.

Eine neue Analyse unseres so restaurirten Brunnens ist noch unter den Händen des um die Chemie der Mineralquellen verdienten Dr. Witting; doch ist es mir vergönnt, schon jetzt einiges hieraus, anderes aus einem in Hannover mit dem neu versandten Driburger Mineralwasser angestellten Analyse auf den quantitativen Eisengehalt mittheilen. Hr. Dr. Witting fand diesen Sommer in der neugefassten Trinkquelle in 16 Unzen 0,2620 Gr. kohlensaures Eisenoxydul und bei einem (ungünstigen) Barometerstande von 27" 10‴ einundfünftig und ½ Cubikzoll freie Kohlensäure. Diese enorme Quantität der Kohlensäure stimmte mit dem Befunde Varrentrapps (51,6 C.-Zoll) aus dem Jahre 1844 bei der weiten Quellenfassung überein, indess der Eisengehalt jetzt fast um das Doppelte gegen damals vermehrt erscheint. Zugleich beobachtet man jetzt einen früher nicht bemerklichen Hauch von Schwefelwasserstoffgas an der Quelle. Ich denke später die neue Witting'sche Analyse vollständig mittutheilen; es möge hier nur noch

Digitized by Google

müsste. Ausserdem ist es nicht recht ersichtlich, welchen Vortheil die Resection des *Palatum durum* für die Entfernung von Geschwülsten geben soll, die an der *Basis cranii* ihren Sitz haben; man muss sich um so mehr darüber verwundern, da dem Verfasser, sowie Nélaton, die Insertionsstellen dieser Geschwülste sehr wohl bekannt, wenngleich in französischer Manier etwas zu apodictisch und etwas zu beschränkt angegeben sind. Endlich ist die Resection des harten Gaumens kein so gleichgültiger Eingriff, wie man nach der Darstellung jenes Autors glauben konnte. Die Sprache muss darunter jedenfalls ausserordentlich leiden, wie Jedem aus den angeborenen Defecten des harten Gaumens bekannt ist. — Die Resection des *Processus nasalis* des Oberkiefers ist in jenem Aufsatze als unzureichend beiläufig erwähnt. Dies muss ich durchaus in Abrede stellen. Die hier mit dem glücklichsten Erfolge operirten Fälle beweisen, dass sie zureichend ist. Man kann sich durch die Ausführung der Operation an der Leiche von dieser so wie von allen Operationen am Oberkiefer nur eine unvollständige Vorstellung von dem Erfolge machen; bei Gesichtswülsten in diesen Gegenden sind die knöchernen Partien fast immer auseinandergetrieben und bieten den Instrumenten eine weit geringere Resistenz, als an einem festen gesunden Schädel.

Es folgen die Krankengeschichten der einzelnen auf oben beschriebene Weise operirten Fälle, welche ich theils den klinischen Journalen, theils den Notizen entnehme, welche mir durch die Güte des Herrn Geh. Rath Langenbeck über die in seiner Privatpraxis operirten Fälle zu Theil wurden:

1) Frau Elisabeth L., 50 Jahre alt, wurde am 16. Oct. 1854 in die Klinik aufgenommen. Sie hat als Kind die Masern ohne Nachkrankheiten überstanden, ist zwar immer schwächlich gewesen, hat jedoch nie an einer erheblichen Krankheit gelitten. Sie wurde im 20. Jahre menstruirt; die Catamenien waren regelmässig, doch immer äusserst spärlich. Im 24. Jahre verheirathete sie sich, und hat 3 Kinder leicht geboren. Vor 4 Jahren trat eine anhaltende Verstopfung der linken Nasenhöhle ein, welche sie Anfangs einem Stockschnupfen zuschrieb, wegen der langen unveränderten Dauer jedoch endlich einen Arzt zu Rathe zog, der ein Stück eines sogenannten Nasenpolypen aus dem betreffenden Nasenloch extrahirte; dies fruchtete jedoch wenig, so dass einige Wochen darauf eine zweite Extraction eines Polypenstücks vorgenommen wurde. Die Lufteirculation wurde zwar freier, doch kam bei häufigem Schnauben immer etwas Blut mit hervor. Patientin achtete hierauf nicht weiter, da sie keinen Schmerz und keine sonstigen Beschwerden empfand. Dieser Zustand dauerte bis ungefähr Weihnachten 1853, wo der Verschluss der linken Nasenhöhle wieder ein vollständiger war, und Patientin durch ihre Umgebung aufmerksam gemacht wurde, dass die Nase in ihrem oberen Theile auf der linken Seite angeschwollen sei; diese Anschwellung nahm jetzt stetig zu, ohne dass dabei Schmerz in der Geschwulst oder Nasenhöhle vorhanden war. Gegen Ende des Sommers stellten sich jedoch auch Schmerzen ein, und dies war für die Patientin die nächste Veranlassung zur Aufnahme in das Krankenhaus. Der Zustand war damals folgender: Patientin ist eine schwächlich gebaute Frau von mittlerer Grösse, welker Haut, schlaffer Muskulatur, blassen Schleimhäuten, leicht schmutzig-gelblicher Gesichtsfarbe. Ihr Allgemeinbefinden ist vollkommen ungestört; die linke Hälfte des knöchernen Nasentheils ist stark aufgetrieben, und entspricht diese Auftreibung hauptsächlich der Gegend des *Processus nasalis* des Oberkiefers. Die Haut über der Geschwulst ist unverändert, letztere äusserst resistent, knochenhart, bei Druck nur wenig schmerzhaft. Schliesst man das rechte Nasenloch und fasst Patientin schnaufen, so kommt durchaus gar keine Luft durch das linke Nasenloch; die Inspection des letzteren ergiebt durchaus nichts Anomales. Bei Untersuchung der Choanen fühlt man linkerseits eine sehr weiche glatte Fremdmasse, welche bei der Berührung blutet; auch bei starkem Schnaufen kommt ein schmutzig gefärbtes dünnes Blut aus der linken Nasenhöhle. Es fliesst fast unaufhörlich etwas Jauche und Blut in die Rachenhöhle, was Patientin theils verschluckt, theils auswirft. Seit den letzten Tagen sind die Schmerzen in der Geschwulst sehr heftig geworden, so dass die Kranke stets mit vorgebeugtem, gestütztem Kopfe an ihrem Bette sitzt. — Es wurde die Diagnose auf Carcinom der inneren Nase mit Betheiligung des *Processus nasalis*, des *Os nasi* und der oberen und mittleren Muschel gestellt, und am 2. Nov. die Operation in der oben beschriebenen Weise ausgeführt. Nach der Resection der erkrankten Knochen zeigte sich eine weiche dunkelrothe Geschwulst in dem oberen Theil der Nasenhöhle, nach deren genauer Entfernung das Perrum caudens auf die ganze Insertionsfläche applicirt wurde. Es wird dann ein starkes Bourdonnet in die Wunde gelegt, dessen Faden durch das linke Nasenloch herausgeführt wird; dann wird die Wunde durch Knopfnähte genau vereinigt. Patientin, welche nur sehr wenig betäubt war, um ihr die ersten schmerzhaften Acte der Operation zu ersparen, stand gleich nach Vollendung derselben auf und ging ohne Stütze in das Krankenzimmer; der Blutverlust war unendlich gering gewesen. Es wurden 24 Stunden lang kalte Umschläge auf die Wunde gemacht und die Kranke erhielt Abends ¼ Gr. *Morphium aceticum*. Am Morgen des folgenden Tages wurden zwei Suturen entfernt und Englischpflaster-Streifen mit Collodium angelegt. Gegen Mittag trat mässiges Fieber ein, gegen Abend ist ein leichtes Oedem der Augenlider bemerkbar; die folgende Nacht ist ziemlich unruhig. Am Morgen des 4. Nov. zeigt sich erysipelatöse Röthe und Anschwellung der Wange; die Charpie wird aus der Nase entfernt, die Wunde durch Einspritzen warmen Wassers vermittelst eines durch das Nasenloch eingeführten Rohrs gereinigt; es werden alle Suturen herausgenommen und die Wundränder durch Englischpflasterstreifen mit Collodium aneinandergehalten. Eine Verklebung ist in dem oberen Theil der Wunde eingetreten; nach der Wange zu, wo das Erysipel sich ausgebildet hatte, ist geringe Eiterung an den Wundrändern, doch liegen diese genau an einander. Am 5. Nov. ist das Erysipel fast verschwunden; die Wunde ist vollständig vereinigt, und Patientin wird mit geheilter Wunde vorgestellt. Bis zum 17. Nov. hat die innere Eiterung der Wundhöhle nach der Nase zu vollständig aufgehört und die Hautnarbe ist vollständig consolidirt, so dass Patientin entlassen werden konnte. Eine Formveränderung des Gesichts bestand in keiner Weise.

---

der erfreuliche Nachweis, dass von nun an der versandte Driburger Brunnen einen bedeutenden Eisengehalt darbietet, eine Stelle finden.

Vor 4 Jahren besuchte Hr. Apotheker Becker aus Essen bei Osnabrück, ein sehr achtungswerther Chemiker, die Kurorte Driburg und Pyrmont, und machte darauf in Schneemann's Hannoverschem medicin. Conversations- und Correspondenzblatt bekannt, dass beide berühmte Eisenquellen, versendet, kein Eisenoxydul mehr enthielten. Mit Dank habe ich es anzuerkennen, dass Hr. Med.-Rath Schneemann, sobald er sich überzeugt hatte, dass ein so ungünstiges Urtheil über den versandten Driburger Brunnen jetzt durch die That widerlegt ist, dasselbe sofort corrigirte (S. Hannov. med. Conv.- u. Correspondenzbl. 1654 vom 1. Juli) — ja dass er selbst den Herrn Rathsapotheker Prollius in Hannover zu einer quantitativen Analyse auf Eisengehalt des neuversandten Brunnens veranlasste, deren Resultat meine Erwartungen weit übertraf. Es fand sich in nach Hannover versandtem Driburger Brunnen noch 0,583 Gr. kohlensaures Eisenoxydul in 16 Unzen. Eine Flasche, welche 22 Unzen Mineralwässer enthält, bietet somit 0,801 Gr. Eisenoxydul dem Trinker dar. Bemerken muss ich übrigens, dass jetzt die Flaschen vor der Füllung mit kohlensaurem Gas gefüllt werden.

Es ergiebt sich hieraus, dass der 1854 bis Hannover versandte Driburger Brunnen reicher an Eisen war, als der Pyrmonter, nach Struve's Analyse, an der Quelle selbst und als die Driburger Quelle zur Zeit der Varrentrapp'schen Analyse war.

Erfreulich war es mir schon, in diesem Frühjahre zu beobachten, dass der nach Osnabrück versandte, 11 Tage unterwegs gewesene Brunnen durch Hinzutröpfeln von Gallustinctur einen beträchtlichen Eisengehalt anzeigte. Ich hatte jedoch diesen Brunnen durch meine Patienten direct von der Driburger Badeadministration beziehen lassen, wodurch er ihnen billiger kam (mit Fracht und Unkosten 3 Sgr. die Flasche) als beim hiesigen Brunnenhändler (5 Sgr.), auf dessen Lager sich überdies manche eisenhaare Flaschen gefunden hatten, wovon mir der Grund unbekannt ist. Jedenfalls darf ich meinen HH. Collegen den Rath geben, ihre Patienten anzuhalten, den Brunnen direct von der Administration in Driburg zu beziehen. Auch mögen die Patienten, denen der Gebrauch des Driburger Bades verordnet ist, nicht versäumen, vorher Logis bei der Brunnenadministration zu bestellen, wofern sie der wesentlichen Vorzüge der Driburger Kur: treffliche Wohnung in den Gräflich Sierstorpff'schen Badehäusern an der Quelle, balsamische Bergluft, einfache aber exquisite Tafel, welche der Administration seit 2 Jahren überwiesen ist, Geselligkeit etc. theilhaft zu werden wünschen. (Die Trinkquelle und Badeanstalten liegen nämlich nicht im Städtchen Driburg, sondern ein Viertelstündchen davon entfernt.)

Während fast drei Jahrzehnten waren die Eisenquellen in den Hintergrund gedrängt, indess in neuester Zeit Blutarmuth und Bleichsucht, als die verbreitetsten Krankheiten und Krankheitsursachen unseres Zeitalters anerkannt wurden. Hiermit beginnt auch wieder für die Eisenquellen eine neue Aera, und ich komme nur meiner Pflicht als ärztlicher Dirigent einer der kräftigsten, kohlensäurereichsten Eisenquellen nach, indem ich durch dieses Wort über Driburg das ärztliche Publicum an unsere Heilanstalt erinnere. Heilanstalt, sage ich, denn auf diesen Namen hat unser Kurort gerechten Anspruch. Zum Beweise führe ich nur an, dass wir schon seit 10 Jahren, also längst vor dem

Digitized by Google

Die anatomische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst bestätigte die Diagnose; es war ein weiches, ausserst blutreiches Carcinom der Nasenhöhle; der *Processus nasalis* war zu einer Knochenmasse von der Grösse eines kleinen Hühnereies degenerirt, welche ein knöchernes Höhlensystem mit eingelagerten weichen Carcinommassen darstellte. Die genauere histologische Beschreibung der Geschwulst gehört nicht hierher.

2) Eduard W., 14 Jahre alt, ein kräftig entwickelter Knabe, ist von blühendem Aussehen, und bis vor einem Jahre, wo er eine heftige Augenentzündung ohne nachbleibende Störung des Sehvermögens überstand, stets gesund gewesen. Bald hierauf trat Verstopfung der linken Nasenhöhle und Hervortreibung des linken Augapfels ohne alle Schmerzen in den betreffenden Gegenden ein. Patient wurde am 26. Oct. 1848 in die Klinik aufgenommen. Die linke Hälfte der Nase ist bis zur Nasenwurzel hinauf bedeutend hervorgetrieben. Der *Proc. nasal. maxill. sup.* ist verdünnt, eindrückbar. Die Orbital- und Facialwand des Antrum sind in ihrer Lage nicht verändert; auch die Stellung des *Arcus zygomaticus* ist eine normale. Der linke Bulbus prominirt bedeutend und ist zugleich nach aussen verdrängt, in seinen Bewegungen nicht gestört. Die Pupille reagirt ziemlich träge, ist etwas erweitert. Das Auge wird für gewöhnlich nicht gebraucht, und ist das Sehvermögen etwas weniger scharf, als das der gesunden Seite. Das linke Nasenloch ist mit einer festen, resistenten, nicht elastischen Geschwulstmasse gefüllt, welche durch die dedkende Schleimhaut weisslich durchscheint. Das *Septum narium* ist bedeutend nach rechts gedrängt, und hierdurch die rechte Nasenhöhle so verengt, dass sie nur für eine feine Sonde durchgängig ist. Das *Palatum durum* ist nach abwärts gedrückt, weich, eindrückbar und gegen Druck etwas empfindlich. Der ganze Raum hinter dem *Velum palatinum* ist mit denselben harten Freindmassen erfüllt. Die Geschwulst schmerzt nicht spontan, doch leidet Patient an dumpfen Schmerzen im Vorderkopf. Erscheinungen von Hirndruck fehlen und sind nie vorhanden gewesen. Die Diagnose wird auf Enchondrom des *Os ethmoides* linkerseits gestellt. Behufs der Exstirpation der Geschwulst, welche am 14. November 1848 ausgeführt wurde, machte Hr. Geh. Rath Langenbeck den oben erwähnten Hautschnitt hogenförmig vom Nasenflügel über die Nase hinauf, wahei der obere Endpunkt des Schnittes in diesem Falle etwas höher fallen musste, nämlich bis zum Beginn des *Margo supraorbitalis*, weil die Geschwulst sich weiter nach oben ausdehnte. Der erste Sägenschnitt verläuft von unten nach oben durch das verdünnte *Os nasi* bis zum *Proc. nasal. ossis frontis*, der zweite von dem linken unteren Rande der *Apertura pyriformis* nach aussen und oben zum innern Rande der Orbita, und von da nach innen und oben. Endlich das erste Resultat mittelst Resection des Thränenbeins, der *Lamina papyracea oss. ethmoid.* und einem Theil des linken Labyrinths. Als nun die ganze umschnittene Partie herausgehoben werden sollte, zeigte sich, dass sie nach hinten und unten noch fest sass; die Geschwulst wurde daher zunächst mit dem Resectionsmesser durchschnitten und ein Theil derselben entfernt, um die Stelle des Hindernisses aufzufinden. Es ergab sich nun, dass ein verknöcherter Theil der Geschwulst in der Gegend der *Spina nasal. post.* adhärrte; nachdem diese knöcherne Verbindung mit der Stichsäge getrennt war, liess sich die Geschwulstmasse in toto herausheben. Die Wunde wird durch Suturen genau vereinigt. Am folgenden Tage hat der Puls eine Frequenz von 150 Schlägen in der Minute, Nase und Gesicht sind leicht geschwollen; der Exophthalmos bedeutend verringert, das Sehvermögen schärfer als vorher. Bis zum dritten Tage war Somnolenz eingetreten; das Bewusstsein ist nicht ganz frei; das Gesicht ist roth und geschwollen, der Kopf heiss. Nach einer kräftigen Venäsection und anhaltenden Eisüberschlägen auf den Kopf traten diese Erscheinungen bald zurück, so dass der Kranke sich am fünften Tage wieder vollkommen wohl befand. Die Wunde war in ganzer Ausdehnung per primam intentionem geschlossen. In den ersten Tagen des December 1848 verliess Patient geheilt die Anstalt.

Die exstirpirte Geschwulst, welche sich in der Sammlung des Hrn. Geh. Rath Langenbeck befindet, mit dessen gütiger Erlaubniss ich dieselbe untersuchte, zeigt sich als ein exquisites Exemplar eines gleichmässig festen, zum Theil verknöcherten Enchondroms von weisslicher, leicht hellbläulicher Farbe. Das Gewebe ist arm an Fasern, die Knorpelzellen gross, mit concentrischen Schichten und meist strahligen Kernen; die Intercellularsubstanz klar und sehr durchsichtig.

Dass die Entfernung so hoch hinaufreichender Geschwulstmassen nicht ohne Gefahr ist, zeigen die in diesem Falle aufgetretenen Hirnerscheinungen. Dr. A. v. Graefe veröffentlicht in seinem Archiv für Ophthalmologie (Th. I. p. 412) einen sehr interessanten Fall der Art, welcher einen lethalen Ausgang nahm, weil die Geschwulstmassen bereits die Schädelbasis perforirt hatten. Die histologische Beschreibung dieses dem Zottenkrebs der Nase angehörenden Tumor habe ich in meiner Abhandlung: „Ueber den Bau der Schleimpolypen" (p. 7) mitgetheilt. — Die Diagnose der Perforation der Schädelbasis durch Geschwülste ist nach unseren jetzigen Erfahrungen durchaus nicht mit Sicherheit zu stellen, indem ein allmälig auf das Gehirn einwirkender Druck bis zu einem nicht genauer delinirbaren Grade keine bestimmte Erscheinungen darbietet.

Eine dem obigen Fall von Enchondrom des *Os ethmoides* ähnliche Beobachtung hat Maisonneuve gemacht, nämlich eine Elfenbein-Exostose desselben Knochens, die vielleicht auch aus einem Enchondrom hervorgegangen war. Der von seinen Pariser Collegen mit dem Beinamen „Bouchet" beehrte Ehirurg stellte den Kranken im Juli 1853 der Akademie geheilt vor.

3) Eine jetzt 68jährige Frau, welche sich in ihrer Jugend stets der besten Gesundheit erfreut hatte und noch sehr rüstig ist, zog sich nach ihrer Aussage im Jahre 1840 durch Erkältung einen Steckschnupfen zu, gegen welchen warme Einschlüfungen in die Nase, Dämpfe, warme Bäder, Seebäder vergeblich angewandt wurden. Die Beschwerden nahmen allmälig zu: es bildete sich vollständige Verstopfung der Nasenhöhlen, Verlust des Geruchsinnes, Abnahme des Gehörs und der Geschmacksempfindung aus; ein steter dumpfer, betäubender Schmerz im Vorderkopf mit auffallender Abnahme des Gedächtnisses kamen hinzu. Eine Kur in Kreuznach hatte bedeutende Verschlimmerung aller dieser

---

Gebote der Frankfurter Nationalversammlung, aus freiem Antriebe das verderbliche Hazardspiel aus unseren Gesellschaftssälen verbannt haben, dass alle unsere Einrichtungen auf ein heiteres, bequemes Landleben hinzielen, wie denn auch der Armuth in unserem Badehospital ein trefflliches Asyl bereitet ist, worin jährlich 48 Personen unter meiner ärztlichen Leitung freie Bäder, Kost und Logis zu Gebote stehen.

Schlussbemerkung. In diesen Tagen kam der Medicinal-Calender für den preussischen Staat auf das Jahr 1855 in meine Hände, dessen grossentheils irrthümliche Mittheilungen über unsere Heilanstalt (S. 27) ich am zweckmässigsten zu emendiren glaube, wenn ich zu gefälliger Correctur der Redaction und den Besitzern des Calenders, so wie den Verfassern ähnlicher Annoncen, hier im Lapidarstyl das richtige verzeichne.

Driburg, Westphalen, $^1/_4$ Stunden von der Eisenbahnstation Buke. Erdig-salinisches Eisenwasser mit sehr starkem Kohlensäuregehalt zum Trinken und Baden. Molkenbereitung. Schwefelschlammbäder aus der benachbarten Saatzer Schwefelquelle. Herstertbrunnen mit gerngem Eisen- und starkem Kohlensäuregehalt. Das Gräflich Sierstorpff'sche Badeetablissement, Logirhäuser, Parkanlagen etc. an der Hauptquelle. 10 Minuten vom Städchen Driburg. Versendung des Driburger und Hersterbrunnens durch die Gräflich Sierstorpff'sche Badeadministration. Logisbestellung bei derselben. Eröffnung der Bäder am 13. Juni.

So eben geht mir als Nachtrag zu Obigem durch Hrn. Dr. Brück folgende Mittheilung über Hrn. Witting's Analyse zu:

„Die 1854 neugefasste Hauptquelle Driburg's enthält in einem Civil-Pfunde von 16 Unzen gegen 32 Gran feste Bestandtheile und 50,50 Cubikzoll reine Kohlensäure. Temperatur + 8,50 Grad Réaumur bei einem Barometerstande von 27″ 10‴ und Thermometerstande der Atmosphäre von 13,50 Grad Réaumur.

Speciell bezeichnet, finden sich in 16 Unzen der Driburger Hauptquelle:

		Gran.
a)	Schwefelsaure Salze:	
	Schwefelsaures Natron	6,20
	Schwefelsaurer Kalk	9,25
	Schwefelsaure Magnesia	6,50
b)	Kohlensaure Verbindungen (als Bicarbonate):	
	Kohlensaurer Kalk	6,50
	Kohlensaure Magnesia	0,50
	Kohlensaures Eisenoxydul	0,85
c)	Salzsaure (Chlor-) Verbindungen:	
	Chlornatrium	1,50
	Chlorkalium, Chlorkalcium	Spuren
	Chlormagnium	0,50
d)	Nebenverbindungen:	
	Phosphorsaure Salze, Harzige Substanzen, Silicumoxyd	Spuren
	Trockene Bestandtheile 31,80.	

Soweit die Witting'sche Analyse, welche ich hierdurch den Lesern, welche sich für Mineralwasser interessiren, besonders aber den Verfassern balneographischer Werke, sowie den Anfertigern künstlicher Mineralwasser anheimgebe."

Digitized by Google

Erscheinungen zur Folge, und es trat nun auch ein Blutausfluss aus der Nase, ein sehr lästiger Husten und bedeutende Abmagerung auf. In diesem Zustande consultirte Patientin im Herbst 1844 den Hrn. Geheimrath Chelius in Heidelberg, welcher eine Geschwulst in der Rachenhöhle entdeckte, und dieselbe theils durch Abschneiden, theils durch die Ligatur zu drei verschiedenen Malen operirte. Hiernach empfand die Leidende grosse Erleichterung ihrer Beschwerden: Gehörs-, Geruchs- und Geschmacksempfindung kehrten zurück. Fast 3 Jahre lang erfreute sich Patientin einer guten Gesundheit, bis 1847 die früheren Erscheinungen sich wieder einstellten. Es wurde von Chelius zu neuen Operationen geschritten, die hauptsächlich in Ligatur und Extraction der Geschwulstmassen durch Nase und Mund bestanden. Die letzte dieser Operationen wurde im Frühjahr 1853 vollzogen. Im November 1853 consultirte die Kranke den Herrn Geheimrath Langenbeck: es war das rechte Nasenloch in Folge der früheren Operationen vollständig verwachsen, die linke Nasenhöhle durch eine mässig weiche, leicht blutende Geschwulst verschlossen; ebenso war die ganze Rachenhöhle hinter dem *Velum palatinum* mit weichen Excrescenzen und blättrigen Geschwulstmassen erfüllt. Die von Zeit zu Zeit von der Geschwulst herrührenden Blutungen aus Nase und Mund hatten die Patientin sehr geschwächt. Am 22. Nov. 1853 wurde durch Mund und Nase mit Hülfe von Polypenzangen, Scheeren und mit dem Finger so viel wie möglich entfernt; die Luftcirculation war wieder frei, so dass im Januar 1854 die Trennung der Verwachsung des rechten Nasenlochs mit günstigem Resultate vorgenommen werden konnte. Patientin reiste anscheinend geheilt in ihre Heimath, kehrte jedoch im Juni 1854 bereits nach Berlin zurück, da sich schon wieder ein Recidiv eingestellt hatte. Die ganze linke Nasenhöhle, so wie die Choanen, namentlich linkerseits, waren mit blättrigen weichen, leicht blutenden Geschwulstmassen erfüllt. Da es sich genugsam durch die Resultate der früheren Operationen herausgestellt hatte, dass die Geschwulstmassen auf die gewöhnliche Weise nicht vollständig entfernt werden konnten, so entschloss sich Hr. Geheimrath Langenbeck die Resection des *Processus nasalis* des Oberkiefers linkerseits zu machen, um auf diese Weise freien Zugang zu den Anheftungspunkten der Afterbildung zu gewinnen. — Der Hautschnitt wurde diesmal in anderer Weise gemacht: es wird ein dreieckiger spitzwinkliger Lappen gebildet, dessen Spitze am inneren Augenwinkel liegt; der Lappen wird losgelöst, heruntergeschlagen, und nun die Resection auf die oben beschriebene Weise ausgeführt. Es lagen jetzt die Geschwulste vollkommen zu Tage, sie wurden rein entfernt mit einem Theil der erkrankten Nasenschleimhaut, und das Glüheisen auf die ganze Fläche applicirt; die Wundhöhle wird mit Charpie ausgefüllt, der Lappen wieder in die Höhe geschlagen und durch Suturen genau angeheftet. Die Heilung ging gut von Statten bis auf die oberste Spitze des Lappens, welche gangränös wurde, so dass ein Defect von der Grösse eines Sechsers zurückblieb. Patientin reiste 3 Wochen nach der Operation nach Hause, und kam im November 1854 wieder nach Berlin, um den kleinen Defect durch eine plastische Operation schliessen zu lassen. Das Allgemeinbefinden hat sich nicht allein wieder völlig hergestellt, sondern es ist auch keine Spur von neuen Geschwulstmassen zu entdecken, so dass die Heilung jetzt als eine vollständige anzusehen ist.

Es scheint, als wenn der bei den beiden ersten Operationen gemachte bogenförmige Lappenschnitt für diese Resection vortheilhafter ist, als die Bildung eines spitzwinkligen Lappens. Die lockere Anheftung der Haut in der Gegend des inneren Augenwinkels giebt immer leicht zu ödematöser Infiltration der Wundränder Anlass, und kann dadurch die Heilung per primam intentionem vereitelt werden, wie es in dem eben beschriebenen Falle sich gezeigt hatte.

Was die Natur der letzten exstirpirten Geschwulst betrifft, so zeigte sie sich als eine blättrige Hypertrophie der Nasen- und Rachenschleimhaut, wobei namentlich eine Wucherung der Drüsen und die Theilung der Drüsenepithelialzellen von Interesse war. Das Nähere über die mikroskopische Untersuchung und über die eventuelle Bösartigkeit dieser Geschwulstformen habe ich bereits anderweitig (a. a. O. p. 10) mitgetheilt.

Beschreibung zweier Blasenscheidenfistel-Operationen, mit Erfolg ausgeführt

von

Dr. K. Tenner in Darmstadt.

(Schluss aus No. 49.)

Die Operation, deren einzelne Acte, besonders der letzte, so viele Schwierigkeiten geboten, hatte etwa 2 Stunden gedauert, während welcher Zeit die Frau unausgesetzt in Chloroformbetäubung erhalten wurde.

Am Abende desselben Tages stellte sich Fieber ein, Puls 110 Schläge, geringe Auftreibung des Leibes, mässige Schmerzen. Eisblase auf die Genitalien, Fomente von *Fl. arnicae* mit *Fl. chamom.* auf den Leib.

24. Febr. Nacht unruhig, der Leib stärker aufgetrieben, ohne besonders schmerzhaft zu sein, viel Blähungen. Ich verordnete Kümmelthee zum Getränk, die Fomente auf den Leib, ebenso die Eisblase auf die Genitalien werden fortgesetzt.

25. Febr. Der Leib ist weniger stark aufgetrieben, Schmerzen gering, Puls 100 Schläge, viel Durst. Entfernen der Eisblase, kühlende Getränke, Klystier.

26. Febr. Weglassen der aromatischen Fomente. Von jetzt an besserte sich der Zustand täglich, der Urin war zwar von Anfang an durch die Scheide abgegangen, jedoch in geringem Maasse, da der grösste Theil durch den beständig einliegenden Katheter abfloss. Ich erlaubte mir keine Untersuchung bis zu dem 9. März, an welchem Tage ich die linke Knopfnaht herausnahm und die Fadenschlinge nicht von Urin incrustirt fand, die Theile liegen vollkommen aneinander.

11. März. Wegnahme der beiden anderen Nähte, die mittlere ist nicht incrustirt, jedoch die rechte. Beim Einspritzen in die Blase kommt Wasser durch die Scheide zum Vorschein, und man fühlt beim Touchiren mit dem Finger in einer kleinen Vertiefung, welche der rechten Knopfnaht entspricht, die Katheterspitze. Starkes Touchiren dieser Stelle und des Linkeseites mit *Lapis infernalis*. 14. März. Wiederholung desselben.

Am 25. März legte ich, mich einer Pfeilsonde bedienend, welche ich durch die Urethra in die Blase einführte, nach vorheriger Wundmachung der kleinen Fistel eine Knopfnaht ein, die jedoch, da der Faden auf der einen Seite durchschnitt, keine Heilung bewerkstelligte. Ich ätzte deshalb nach ihrer Herausnahme am 30. März die Oeffnung stark mit *Lapis infern.* Der Katheter blieb fortwährend in der Blase liegen. — Nachdem ich noch den 4. und 10. April das Aetzmittel angewandt, hatte ich bei einer Untersuchung am 18. April die Freude, das Loch verheilt zu finden, und glaubte, da in den letzten Tagen der gesammte Urin durch den Katheter abgegangen war, eine vollkommene Heilung erzielt zu haben. Ich liess deshalb den Katheter entfernen, Drang zum Uriniren stellte sich häufig ein, die Frau bemerkte jedoch, dass in aufrechter Stellung immer noch ein Theil des Urins durch die Scheide abfloss. — Den 25. April gelangte ich bei genauer Untersuchung mittelst einer feinen silbernen Sonde durch ein kleines faltig zusammengelegtes Löchelchen auf der äussersten linken Seite der früheren Fistel durch die Blase in die Scheide. Wiederholtes Aetzen desselben mit *Lapis infern.* in Zwischenräumen von etwa 8 Tagen. Besserung. — Den 5. Juni führte ich ein feines spitzes Glüheisen in die Fistelöffnung und cauterisirte ausserdem mit einem runden Eisen den Umkreis derselben. Die Frau ging den folgenden Tag wieder in ihr Geschäft und konnte in der ersten Zeit den Urin vollkommen zurückhalten, bei der nächsten Menstruation verlor sie jedoch wieder einige Tropfen, wenn sie länger als eine Stunde nicht urinirte. Ist die Menstruation vorüber, die gewöhnlich 3 Tage anhält, so braucht sie seit dieser Zeit höchstens alle 3 Stunden zu uriniren, und kann meistens den Urin einen halben Tag und länger zurückhalten. Sie fühlte sich so glücklich, von ihren schrecklichen Leiden, wenn auch nicht ganz vollkommen, befreit zu sein, dass sie auf meinen wiederholten dringenden Vorschlag, sich nochmals der Cauterisation zu unterziehen, nicht eingehen wollte. Einen Beweis ihres Wohlbefindens fand ich unter anderen auch darin, dass sie Theater und Gesellschaften besucht, worin sie 3—4 Stunden sitzt, ohne einen Tropfen Urin zu verlieren. Nur zur Zeit der Menstruation ist sie genöthigt, öfter dem Drange zum Uriniren nachzugehen. — Bei einer im August 1853 in Gegenwart mehrerer Collegen vorgenommenen Untersuchung gestaltete sich die Ansicht der Theile folgendermaassen:

„Die Haut der grossen Schamlippen und der inneren Schenkelflächen ist vollkommen rein.

Etwa 1½" von der Mündung der Urethra entfernt ist eine hügelige transversale Narbe, in deren Verlaufe zwei trichterförmige Einziehungen befindlich sind, welche den beiden nach der ersten Operation zurückgebliebenen kleinen Fistelöffnungen entsprechen. Die rechtsgelegene dieser Oeffnungen ist vollkommen geschlossen, die auf der linken Seite dagegen bildet noch einen feinen fadenförmigen Gang nach der Blase.

Einen halben Zoll hinter der transversalen Narbe ist ein länglicher gezackter Einschnitt, als Eingang in die Gebärmutter, wie ich mich mit der Uterussonde schon früher überzeugt hatte.

Bei in die Blase gemachten Einspritzungen geht das Wasser vollständig durch den Katheter ab." —

Seit einem Jahre nun, während welcher Zeit ich die Frau beständig beobachtete, ist der Zustand derselbe geblieben, wie ich ihn oben beschrieben habe. —

Der Grund, warum ich in dem unter No. 1. beschriebenen Falle den das Jobert'sche Verfahren besonders charakterisirenden, die Ab-

Digitized by Google

lösung der vorderen Scheidenwand von der Gebärmutter bezweckenden Schnitt nicht machte, liegt in den angeführten anatomischen Verhältnissen. Durch die langdauernde Geburtsarbeit wurde ein grosser Theil der *Portio vaginalis uteri* und der vorderen Wand der Scheide zerrissen und zerstört, es bildete sich ein Narbengewebe aus, das jedenfalls sehr feste Verwachsungen zwischen Gebärmutter, Blasenscheidewand und Bauchfell eingehungen hatte; es war demnach nicht möglich, die gegenseitigen Verhältnisse mit Bestimmtheit zu beurtheilen, und ich riskirte lieber eine etwaige Zerrung, als eine mögliche Verletzung des Bauchfells. Jobert sucht bekanntlich durch passende Seitenschnitte eine Verschiebung und Annäherung der Fisteränder gegeneinander zu bewirken, und auf diese Weise den durch die brandige Abstossung eines Theils der Scheidenwand entstandenen Substanzverlust zu decken. Es ist dies Verfahren gewiss überall da zweckmässig, wo solche Schnitte ohne Nachtheil gemacht werden können, und zwar so tief, dass sie eine entspannende Wirkung äussern; in vielen Fällen jedoch, wovon die meinigen einen Beweis liefern, wird man das durch Spannung veranlasste Durchschneiden der Fäden schon allein dadurch verhindern können, dass man mit letzteren viel Substanz umfasst und denselben auf diese Art einen gewissen Spielraum bis zur Verheilung gestattet. In No. 1. ist diese Wirkung weniger auffallend, weil die vordere Wand der Scheide an und für sich leicht beweglich war, bei der Operation vorfiel, und die Fisteränder ziemlich nahe aneinander lagen, um so auffallender dagegen und das günstige Resultat hauptsächlich bewirkend bei No. 2., wo starke Spannung der Theile, und sehr lockere, das Durchschneiden erleichternde Beschaffenheit des Uterus zugegen waren. —

Die bei der Operation wesentlich zu beachtenden Momente, deren Vernachlässigung die vielen ungünstigen Resultate zugeschrieben werden müssen, sind, nach vorherigem Herabbewegen des Uterus mittelst Mureux'schen Zangen, das breite Anfrischen der Fistelränder, um jede Callosität zu entfernen und zwei gesunde Wundflächen zu schaffen. Ferner die genaue Vereinigung derselben, welche man, wie bei allen plastischen Operationen, erst dann vornimmt, wenn die Blutung vollkommen gestillt ist. Die eingelegten Nähte müssen die Blasenscheidenhaut mit einbegreifen und mindestens 1 Centimètre Substanz auffassen; ist die Spannung stark, noch mehr. Es sind dieselben etwa 1 Centimètre von einander entfernt anzulegen, und obgleich ich in No. 1. der Vorsicht halber 6 Nähte anwandte, so würde ich mich doch jetzt in ähnlichen Fällen mit 3 oder 4 begnügen. — Weitere Momente sind häufige Wasserausspritzungen beider Cavitäten, besonders der Blase, sowohl während der Operation, um zu verhindern, dass zu saturirter Urin die Wundflächen benetzt, als auch in den folgenden Tagen, damit nicht Harnverhaltung, Schleim oder Harnsteine, Katheter verstopfen und starkes schmerzhaftes Drängen herbeiführen, dem man nebenher auch durch passende Dosen Morphium entgegenarbeiten kann. —

Bei der unter No. 2. beschriebenen Operation war ich genöthigt, die Gebärmutter zur Deckung des Substanzverlustes zu benutzen, eine Procedur, die schon von Dieffenbach vorgeschlagen und ausgeführt, später aber wieder verlassen wurde. Es gelang Jobert in vielen schwierigen Fällen, bei hoher Lage der Fistel im vorderen Scheidengewölbe und in der Substanz des Uterus selbst theils die vordere, theils die hintere Muttermundslippe mit Glück als Transplantationslappen zu benutzen (das Nähere in seinem Traité des fistules vesico-utérin. etc.). Es ist daraus ersichtlich, dass bei genauer Vereinigung der Uterus dieselben Chancen zur Anheilung bietet, wie die Scheidentheile unter sich, und mein zweiter Fall giebt ein auffallendes Beispiel davon, indem trotz der Verletzung des Uterus durch Haken und Zangen die Anheilung desselben an den vorderen Fistelrand gelang. Ich hätte dabei gern die Commissur des Mutterhalses gespalten und die Fäden allein durch den vorderen Abschnitt desselben geführt, fürchtete jedoch wegen seines weichen Gewebes das Ausreissen der Nähte und fasste den Muttermund in seiner Totalität in die letzteren. — Die eine der beiden zurückbleibenden kleinen Fisteln entstand durch das Ausreissen des rechts liegenden Fadens aus dem Uterusgewebe, die Schlinge hing incrustirt in dem vorderen Fistelrande. Interessant ist es, dass in Folge der Nachoperation diese Fistel nach gehöriger Aufrischung unter Liegenlassen des Katheters vollkommen zuheilte, obgleich der eingelegte Faden durchgeschnitten hatte.

Die zweite kleine Fistelöffnung befand sich am äussersten linken Wundwinkel und verdankt ihre Entstehung höchst wahrscheinlich einer ungenauen Anfrischung oder Vereinigung an dieser Stelle, die während der Operation nicht gehörig zu Gesichte gebracht werden konnte. Ich hätte gern einen Faden eingelegt oder nochmals das Aetzmittel angewandt, und bin überzeugt, dass sie sich vollkommen geschlossen hätte, die Frau setzte mir jedoch Schwierigkeiten entgegen, weil sie in ihrem Geschäfte unentbehrlich und mit dem erzielten Resultate zufrieden wäre, weshalb ich gezwungen war, mich auf die einmalige Anwendung des Glitheisens zu beschränken. —

In beiden aufgeführten Fällen nahm ich die Fäden sehr spät heraus, in dem ersteren am 10., im letzteren erst am 14. Tage, und zwar aus allzu grosser Vorsicht, bei zu frühzeitiger Wegnahme ein Auseinanderreissen befürchtend. Diese Besorgniss ist jedoch nicht begründet, und es ist im Allgemeinen rathsam, die Fäden schon am 7. Tage zu entfernen, oder noch früher. —

Zur Erleichterung der Operation dienen hier, wie bei wenig anderen, gute Assistenz und zweckmässige Instrumente. Von letzteren hebe ich das sogenannte *Speculum univalve* von Jobert hervor, das zur Depression der hinteren Wand der Scheide dient und in Verbindung mit stumpfen Haken, welche die Schamlippen auseinander halten, die inneren Theile zugänglich macht. Ich bediente mich eines gorgeretartigen $1^1/_4$" breiten, $4^1/_4$" langen, mit einer im rechten Winkel abstehenden Handhabe versehenen Horns. Ferner sind mehrere Mureux'sche Zangen zur Herabziehung der Gebärmutter, eine starke lange Hakenpincette zur Fixirung, lange spitze und geknöpfte Bistouris zur Anfrischung der Fistelränder erforderlich, und sehr vorzüglich ist der, mit stark gekrümmten Nadeln versehene, Nadelhalter Jobert's, welchen ich leider in diesen beiden Fällen entbehrte, von dessen Zweckmässigkeit ich mich aber in letzterer Zeit öfter bei den durch meinen Collegen Hrn. Dr. Simon mit Glück verrichteten Blasenscheidenfistel-Operationen, welche kürzlich nebst einer Kritik des Jobert'schen Verfahrens und der Angabe einer neuen Naht der Oeffentlichkeit übergeben sind, zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der geburtshülflichen Klinik des Geh. Med.-Rath Dr. Kilian zu Bonn.

Von

Dr. Nöggerath.

Eine geburtshülfliche Beobachtung mit offener Frage.

Frau F..., 34 Jahre alt, aus Bonn, von kleiner Statur und sehr erregbarem Temperamente, hatte vor 5 Jahren ihr erstes Wochenbett ohne pathologische Zwischenfälle überstanden, nach der Geburt des zweiten hatte sie stellten sich ihrer Behauptung gemäss, nicht die mindesten Nachwehen, wohl aber an ihrer Statt ein äusserst heftiger Schmerz im rechten Unterschenkel ein, der, mit kurzen Intermissionen, 5 Tage hindurch andauerte.

Am 31. Oct. d. J. zu dieser Frau hingerufen, fand ich sie in einem wahrhaft jammererregenden Zustande, und durch ein Winseln, welches sich bisweilen zu lautem Aufschreien steigerte, unfähig, einen zusammenhängenden Bericht von ihrem Zustande zu geben. Die gegenwärtige Hebamme H. referirte über den Geburtsverlauf Folgendes: Kräftige Wehen begannen gestern Abend gegen 8 Uhr und beendeten die Geburt eines lebenden Knaben um $10^1/_2$ Uhr; Eröffnen des Muttermundes und Vorwärtstreiben des Kindes gingen in einem continuirlichen Wehendrange von Statten. Nach Ausstossung der Nachgeburt wagte indessen die Hebamme nicht wegzugehen, weil der Uterus sich auffallend gross und weich angefühlt, und sie daher den Eintritt einer Blutung befürchtet habe, eine Vermuthung, die sich jedoch in der Folge nicht bestätigte.

Diesen Morgen um 7 Uhr ward der rechte Unterschenkel plötzlich von Schmerz ergriffen, der sich bald zu einer solchen Heftigkeit, ja Wuth steigerte, dass Patientin das Bein nicht ein Atom breit in seiner Stellung zu verändern wagte. Die Affection erstreckte sich über den ganzen Unterschenkel, am intensivsten aber äusserte er sich an der Aussenseite desselben bis über den Fussrücken hinweg. Der leiseste Druck war unerträglich. Nachwehen hatten sich nicht eingestellt, und behauptete die Frau, ihr Unterleib fühle sich gerade so an, als ob er leer, oder vielmehr gar nicht vorhanden sei. Die Gebärmutter war in der That auch übermässig ausgedehnt, ihre Begrenzung kaum zu unterscheiden, das Uterusgewebe eigenthümlich weich und schlaff.

Kurz nach 10 Uhr ward ein hoch aufgebürsteter Theelöffel voll *Sec. cornut. rec. pulv.* verabreicht. In den ersten 8 Minuten trat keine Wirkung ein, dann aber äusserte Patientin plötzlich, sie fühle, dass ihr Blut aus der Scheide abgehe, was seit der Geburt nicht geschehen war, und schon eine Viertelstunde nach Einnahme des Mittels ward die bisher nur mit ihrem grossen Leiden beschäftigte, von der Aussenwelt völlig abgezogene Frau theilnehmender, ruhiger, ihre Thränen hörten auf zu fliessen, und nur hie und da zuckte noch ein flüchtiger Schmerzensausdruck durch ihr Gesicht. Schon um 10 Uhr 20 Minuten

Digitized by Google

äusserte sie, dass der eigentliche heftige Schmerz aus dem Beine verschwunden sei und einem sehr erträglichen Gefühle von Ziehen Platz gemacht habe. Darauf ward um $10^1/_2$ Uhr eine gleich starke Dosis gereicht, und hatte ich eine Viertelstunde später die Freude, zu sehen, dass Patientin sich auf die rechte Seite lagerte, das bisher völlig regungslose Bein im Knie biegen, so wie in die Höhe ziehen konnte, und versicherte, sie fühle so zu sagen gar keine Schmerzen mehr. Ich verliess sie nun und verordnete eine dritte, gleich starke Dosis um $11^1/_2$ Uhr zu nehmen.

Nachmittags gegen 4 Uhr fand ich die Frau aufrecht sitzend, in der Umgebung ihrer Verwandten sich lebhaft unterhaltend, als ob nichts vorgefallen sei, man konnte den Unterschenkel kneten, hin- und herbewegen, ohne auch nur ein irgendwie lästiges Gefühl hervorzurufen. Das Einzige, was von der fürchterlichen Scene zurückgeblieben war, bestand darin, dass die Gegenwart des rechten Beines mehr gefühlt wurde als die des linken. Der Uterus war auffallend stärker contrahirt als diesen Morgen. Den Abend gegen 8 Uhr ward mir berichtet, dass das gute Befinden sich erhalten habe.

Es ist dies eine prompture Schmerzstillung gewesen, als ich es je von einem Narcoticum gesehen habe!

War es ein Zufall, der mich trieb, dieses Mittel zu reichen? Ich muss bekennen: nein! In dem geburtshülflichen Kasten befanden sich auch Opiate, Chloroform, aber festen Schrittes ging ich an ihnen vorüber auf das Secale zu. Ich war meiner Sache im Voraus dermaassen sicher, dass ich die Hebamme bat, zu verweilen, um mit mir den Erfolg zu constatiren, nicht aber war ich darauf vorbereitet, dass derselbe so glänzend und so über alle Erwartung schnell sein würde.

Es wird Jedem einleuchten, dass ich das Mutterkorn mit der Absicht gab, die Thätigkeit der Gebärmutter anzuregen, da ich den Schmerz im Beine für eine sogenannte, zwar nicht mehr moderne, meiner innigen Ueberzeugung nach aber deshalb nicht minder wohl begründete metastatische Versetzung der Wehen, von dem, den Uterincontractionen vorstehenden Abschnitt des spinalen Lumbartheiles auf eine tiefer gelegene Partie in der sensiblen Sphäre hielt, zu vergleichen etwa mit dem Ueberspringen eines electrischen Funkens von dem Knopfe einer stärker geladenen Leidner-Flasche auf die mindergeladene, hervorgerufen vielleicht durch Schwäche des bindenden Belages. Will aber Jemand an dem mit allem Rechte vielfach gescheuten und gerne Preis gegebenen Worte „Wehenversetzung" Anstoss nehmen, so möge er jedoch bedenken, dass es dem Wesen der Sache einstweilen noch näher kömmt, als manches andere, das sich in unserer Wissenschaft ein volles, ungetrübtes Bürgerrecht erworben hat. Denn was drückt der stets noch beliebte Name *„Eclampsia parturientium"* mehr aus, als „das Aufblitzen der Gebärenden"? Was aber die Thatsache selbst betrifft, so ist sie, wenn auch noch nicht allseitig zur Genüge erforscht, so doch gewiss ungleich mehr der Beachtung werth, als ihr von den neusten Vorkämpfern unseres Faches geworden ist, was ich vielleicht bei anderer Gelegenheit näher begründen zu können hoffe.

Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Dr. v. Bärensprung in Berlin.

Von

Hermann Beigel, Cand. med.

(Schluss aus No. 49.)

3) Ein 19jähriges Frauenzimmer war, nach ihrer Angabe, vor 5 Wochen auf sehr gewaltsame Weise zum Coitus genöthigt worden. Unmittelbar darnach bemerkte sie ein Wundsein an den Geschlechtstheilen, zu dem sich bald ein profuser Ausfluss gesellte. Die Erscheinungen nahmen zu, Schmerz und Geschwulst wurden sehr stark; gegenwärtig sind die grossen und kleinen Schamlefzen und der *Introitus vaginae* von sehr umfangreichen und in die Tiefe dringenden Exulcerationen eingenommen, von denen einige einen gangränösen Charakter zeigen, andere in ihrer Umgegend lebhaft entzündet und offenbar später entstanden sind. Ausserdem zeigt sich nach Einführung des Speculums die ganze Schleimhaut der Scheide mit einem croupösen Exsudate belegt und der Ausgangspunkt einer sehr profusen, eitrigen Secretion. Dieser Fall war als Beispiel entzündlicher und zum Theil brandig gewordener Schanker und wegen der zugleich vorhandenen croupösen Entzündung der Scheide von Interesse. Es wurden Injectionen von Kamillenthee, Cataplasmen auf die äusseren Geschlechtstheile und der innere Gebrauch des Calomel, 3 Mal täglich gr. j, verordnet. —

4) Ein Arbeitsmann von 23 Jahren, früher nicht syphilitisch, bekam am 15. Octbr. nach einem Coitus einen Eicheltripper. Geschwüre will er dabei nicht bemerkt haben; er setzte seine Arbeiten fort, bis vor 8 Tagen die Vorhaut stärker anschwoll und vor 2 Tagen der Schmerz endlich so heftig wurde, dass Patient in's Krankenhaus musste. Es zeigt sich ein starkes entzündliches Oedem des ganzen Penis, Phimose, blutiger Ausfluss aus der verengten Vorhautmündung und ein harter, entzündlicher Strang, welcher am Rücken des Penis zu den stark intumescirten Inguinaldrüsen verläuft. Das Vorhandensein dieses Stranges, sowie der blutige Ausfluss, liessen mit Sicherheit einen Schanker unter der Vorhaut vermuthen, und da wegen der starken Geschwulst des Präputiums Gangrän zu befürchten stand, wurde die Spaltung der Vorhaut mittelst einer Scheere ausgeführt. Es zeigte sich ein grosser indurirter, aber oberflächlich gangränöser Schanker. Es ist im Allgemeinen selten, dass die Gangrän an einem schon indurirten Schanker hinzutritt, aber es kommen dergleichen Fälle vor, wo dann natürlich die Gangrän nicht mehr denselben Schutz vor dem Eintritt secundärer Erscheinungen gewähren kann, den sie giebt, wo sie einen nicht indurirten Schanker befällt. —

5) Daneben wurde ein anderer Kranker vorgestellt, bei welchem durch einen brandigen Schanker etwa der dritte Theil der Eichel binnen wenigen Tagen zerstört worden war. Als sich der sphacelöse Pfropf abgestossen hatte, war eine starke Blutung eingetreten; der Kranke hatte etwa ein Pfund Blut verloren, welches aus mehreren kleinen Arterien ergossen war. Die Blutung war endlich durch *Liquor ferri muriatici* gestillt. Gegenwärtig hat sich der Geschwürsgrund gereinigt und die Heilung beginnt. Eine Induration ist nicht vorhanden, die Lymphdrüsen sind nicht angeschwollen. —

6) Ein männlicher Kranker hatte sich vor 14 Tagen einen Tripper zugezogen, 8 Tage später entstand Enuresis, der Urin konnte nur in ganz dünnem Strahl und maschinal nur tropfenweise gelassen werden, dabei unsäglicher Drang zum Urinlassen; zugleich empfand der Kranke lebhaften Schmerz im Perinäum und im Mastdarm, besonders beim Stuhlgang. Die Untersuchung des Mastdarms mit dem Finger hatte ergeben, dass die Prostata bis zur Grösse eines Borsdorfer Apfels geschwollen, dabei aber nicht sehr hart, sondern prall-elastisch war. Der Geschwulst setzte sich aus mehreren Knollen zusammen, von denen der eine fluctuirend erschien, es musste hiernach die Diagnose auf Prostatitis mit Ausgang in Abscess gestellt werden, und deshalb wurde mittelst eines spitzen Fistelmessers die Geschwulst tief scarificirt, worauf sich eine beträchtliche Quantität Eiter aus dem After entleerte. Die vorher so lebhaften Schmerzen und die Erscheinungen der Strangurie liessen augenblicklich nach, und der Urin konnte ohne Hinderniss im starken Strahl gelassen werden. Als der Kranke vorgestellt wurde, war die Geschwulst bedeutend detumescirt und die Untersuchung des Mastdarms kaum schmerzhaft. Ein geringer Grad von Prostatitis gesellt sich bekanntlich häufig zum Tripper, aber eine so starke Anschwellung mit dem Ausgang in Abscedirung ist nicht häufig; sich selbst überlassen, kann der Abscess in den Mastdarm oder in die Harnröhre aufbrechen. In dem letzteren Falle entsteht Urin-Infiltration und in Folge davon eine Harnfistel, welche sich in dem Mastdarm oder auf dem Perinäum öffnet. Es ist deshalb zweckmässig, den Prostata-Abscess vom Mastdarm aus zu öffnen. Die Scarificationswunde verheilt dann schnell. —

Ausserdem wurden in der letzten klinischen Stunde eine Anzahl von Kranken vorgestellt, welche zwar mehr syphilitisch, aber mit verschiedenen Krankheiten der Haut behaftet waren; es sind die derartigen Vorstellungen stets um so angenehmer und lehrreicher, als hier den Studirenden sonst nur sehr wenig Gelegenheit geboten wird, ihre Kenntnisse auf diesem Gebiete zu erweitern, auf dem Hr. Dr. v. Bärensprung so rühmlich bekannt ist. —

7) Ein 21jähriges Frauenzimmer, welches wegen einer leichten Blennorrhöe in die Charité aufgenommen, noch nie menstruirt gewesen war, aber in der letzten Zeit in vierwöchentlichen Pausen *Molimina menstruationis* gehabt hatte, hatte vor einigen Tagen, nachdem Kreuzschmerzen und Uterinkoliken vorangegangen waren, einen Ausschlag an der inneren Fläche der Oberschenkel bekommen, der sich als *Lichen circumscriptus* charakterisirte. Es waren Gruppen kleiner, rother, juckender Knötchen, offenbar hing die Eruption wohl mit den Menstruationsmolimina zusammen. Sonst kommt *Lichen circumscriptus* häufiger an den oberen Extremitäten vor, besonders in der Ellenbuge. Nach 8 — 14 Tagen verschwinden die Knötchen in der Regel wieder unter leichter Exfoliation; wird das Uebel chronisch, so brechen zwischen den früheren immer neue Knötchen auf, die Haut wird schrundig, schmerzhaft, infiltrirt, und dann nennt man den Zustand *Lichen agrius*. —

8) Ein männlicher Kranker war wegen einer gonorrhoischen Orchitis aufgenommen, und hatte bereits draussen Mercurial-Einreibungen in die Inguinalgegenden angewendet. Es war danach eine reichliche Eruption von *Eczema mercuriale* erfolgt. Ausserdem zeigte sich an beiden Vorderarmen ein Ausbruch von *Urticaria*, welche, ohne bekannte Veranlassung entstanden, nach wenigen Stunden wieder zu verblassen anfing. Verordnung: Bleiwasser gegen das *Eczema syphiliticum*; Heftpflasterein wickelung des Hodens. —

Digitized by Google

9) Ein Frauenzimmer von 25 Jahren war wegen eines frischen, nicht indurirten Schankers in die Charité aufgenommen; sie war früher nie syphilitisch gewesen. Gesicht, Brust und Rücken waren reichlich mit Acne bedeckt, an der sich die verschiedenen, von Willan angenommenen Formen wahrnehmen liessen, die *Acne punctata, simplex* und *indurata*. Es sind dies aber durchaus unwesentliche Verschiedenheiten oder vielmehr Stadien der Krankheit. Das eigentliche Wesen derselben beruht in einer Anomalie der Talgdrüsensecretion. Das Hautталg erstarrt schon innerhalb der Drüsen, häuft sich in den Haarbälgen an und dehnt sie aus; hierdurch entstehen die bekannten Comedonen, oder *Acne punctata*. Werden dieselben nicht ausgedrückt, so entzünden sich die Haarbälge, es bildet sich ein Tröpfchen Eiter im Innern des Haarbalgs und eine kleine Pustel auf der Mündung desselben. Dies ist die *Acne simplex*. Nach der Eiterung dieser kleinen Pustel bleibt oft eine chronische Entzündung und Verdickung des Haarbalgs zurück; dies ist die *Acne indurata*, welche im vorliegenden Falle sehr reichlich entwickelt ist und leicht mit einem syphilitischen Exanthem verwechselt werden kann, weil die zahlreichen Knötchen wegen ihrer schmutzig blaurothen Färbung und der danach zurückbleibenden stärkeren Pigmentirung der Haut eine gewisse Aehnlichkeit mit der papulösen Syphilide habe. Unsere Kranke hat ihre Acne bereits seit mehreren Jahren und ist frei von allen secundär syphilitischen Affecten. Der höchst unangenehme Geruch, den sie verbreitet, wird bei Personen, die zur Acnebildung neigen, häufig beobachtet, und rührt von Buttersäure her, die sich bei der Stagnation des Hautталgs bildet. Bei der Kranke zeigte noch ein zweites, seltener vorkommendes Exanthem. Beide Arme waren an ihrer Extensorenseite mit einer Anzahl erythematös gerötheter Flecke bedeckt. Diese Flecke waren aber nicht flach, sondern leicht erhaben, und man überzeugte sich, dass ihnen eine tiefergreifende Infiltration der Haut und des Unterhautzellgewebes entsprach. Beim Druck waren sie schmerzhaft. Dieses Uebel haben die alten Aerzte als ein scorbutisches Exanthem beschrieben. Willan hat ihm den Namen *Erythema nodosum* beigelegt, es ist aber kein blosses Erythem, sondern eine hämorrhagische Entzündung der Haut; ausser einem flüssigen Exsudat findet daher auch Blutaustritt statt, und daher kommt es, dass die anfangs rothen Flecke allmälig alle Farbenveränderungen erfahren, welche man sonst bei Sugillationen wahrnimmt. Sie werden im Verlauf von 2—3 Wochen blau, grau, gelb, und verschwinden endlich; indem aber zwischen den alten neue Flecke entstehen, zieht sich das Uebel zuweilen in die Länge. Es kommt übrigens viel häufiger an den unteren Extremitäten vor und hängt meist mit gastrischen Störungen zusammen. Auch in diesem Falle ist die Zunge der Kranken stark belegt, an den Rändern roth, ein starker Foetor ex ore vorhanden. Man wendet örtlich am besten Einreibungen von *Linimentum volatile* und innerlich *Cremor tartari* an. —

10) Ein wegen Blennorrhöe der Scheide aufgenommenes Mädchen bekam vor 2 Tagen einen starken Schüttelfrost mit nachfolgender Hitze. Während der Dauer derselben entstand eine heisse, lebhaft rothe Geschwulst der linken Gesichtshälfte, auf der mehrere grosse, mit hellem Serum gefüllte Blasen aufstiegen. Während des Froststadiums war galliges Erbrechen eingetreten und hatte sich nachher einige Male wiederholt. Die Gesichtsgeschwulst der Kranken charakterisirte sich als ein *Erysipelas bullosum*. Die Lymphdrüsen des hinteren Cervicalstranges waren beträchtlich angeschwollen, das Fieber dauerte noch fort, der Puls der Kranken machte 120 Schläge in der Minute, ihre Zunge war dickweiss belegt, an der Spitze und den Rändern roth, die Papillen stark prominirend, Angina war nicht vorhanden.

Hr. Dr. v. Bärensprung knüpfte hieran einige allgemeine Bemerkungen über das Erysipelas. Ueber das Wesen des Erysipelas sind die Meinungen sehr getheilt. Einige Aerzte stellen es mit den acuten fieberhaften Exanthemen zusammen, Andere halten es für einen rein örtlichen Affect, für eine blosse Hautentzündung; Beides ist unrichtig. Von den exanthematischen Fiebern unterscheidet sich das Erysipelas sehr wesentlich dadurch, dass es nicht auf der Einwirkung eines Contagiums beruht, es ist nicht contagiös und theilt daher auch nicht die den exanthematischen Fiebern zukommende Eigenthümlichkeit, nur einmal im Leben zu befallen, im Gegentheil lässt es eine gesteigerte Disposition zu gleichartiger Erkrankung zurück und wird leicht habituell. Ausserdem lässt das Fieber nach dem Ausbruche des Exanthems nicht nach, sondern dauert während dessen Bestehens fort. Noch viel weniger darf man aber das Erysipel für eine blosse Hautentzündung halten. Es ist vielmehr nur der Local-Affect einer allgemeinen Erkrankung; gastrische Störungen sind immer vorhanden, und das häufig vorkommende gallige Erbrechen, sowie der mit Gallenbestandtheilen gemengte Urin deuten eine Betheiligung des Pfortadersystems an. Zuweilen ist die Hautröthe nur gering, die Geschwulst mehr ödematös, *Erysipelas oedematodes*; in anderen Fällen sind die Blasen nur klein, pustelähnlich, *Erysipelas impetiginodes*; zuweilen geht die Entzündung in Brand über, *Erysipelas gangraenosum*. Alle diese Formen involviren keinen specifischen Unterschied. — Was die Behandlung betrifft, so hat man für intensive Fälle den Aderlass empfohlen, besonders wenn Gehirnerscheinungen, Sopor, Coma eintreten. Man glaubte, das Erysipelas gehe hier auf die Gehirnhaut über, aber die Section hat niemals Gehirnentzündung bestätigt. Die cerebralen Erscheinungen sind daher, wie beim Typhus, Scharlach u. s. w., nur von einer Blutentmischung abhängig, daher nützen auch in solchen Fällen Blutentziehungen weniger, als kalte Umschläge, Douchen etc. In allen gewöhnlichen Fällen von Erysipelas giebt man am besten anfangs ein Brechmittel, befördert den Stuhlgang durch Klystiere, *Cremor tartari* etc.; wo die Erscheinungen heftig sind, giebt man innerlich Mineralsäuren; örtlich thut man am besten nichts, sondern schützt nur die entzündeten Theile vor dem Reiz der atmosphärischen Luft durch Watte oder ein kräuterkissen, am besten durch Bestreichen mit Protoveratrol. Die in neuerer Zeit so vielfach beim Scharlach und ähnlichen Krankheiten übertrieben empfohlenen Speckeinreibungen scheinen auch nur die Wirkung zu haben, den Reiz der Luft von den entzündeten Theilen abzuhalten. Sie sind zu diesem Zweck sehr nützlich, aber es ist lächerlich, sie beim Scharlach als ein Mittel wider den Tod zu betrachten. Die alten Aerzte warnten sehr vor der Berührung eines Erysipel mit kaltem Wasser. Dass dies nicht so gefährlich sei, hat Hebra bewiesen, der das Erysipel mit kalten Umschlägen behandelt; aber einen besonderen Nutzen haben diese kalten Umschläge eben so wenig, als die empfohlene Bepinselung mit Chloroform oder mit Höllensteinlösung. Als ein Curiosum kann man es nur ansehen, wenn man gerathen hat, den Fortschritt der Krankheit dadurch zu hemmen, dass man einen schwarzen Strich mit Höllenstein um den entzündeten Theil zieht. Wie das Bürsten der Rose kunstgerecht nicht vor dem vierten Tage geschehen darf, so kann man nur rathen, auch den schwarzen Strich nicht früher zu ziehen, weil das Erysipelas um diese Zeit von selbst schon stille zu stehen pflegt.

Das Augenkranken-Clinicum zu Erlangen vom 1. Oct. 1853 bis 1. Aug. 1854.

Von

Dr. Oscar Heyfelder.

[Schluss aus No. 49.]

Krankengeschichten.

1. *Ulceratio palpebrarum syphilitica* — Ablepharon.

Heinrich Borsch, Bauernsohn, trat im Jahre 1849 zum ersten Male in die chirurgische Klinik zu Erlangen ein. Obgleich 19 Jahre alt, gleich er an Grösse und äusserem Ansehen einem 10jährigen Knaben. Er litt damals an *Osaena syphilitica*, umfangreicher ulceröser Zerstörung des weichen und harten Gaumens, Auftreibung der Stirnknochen und Alopecie. Obgleich keine Spur einer primären Affection nachweisbar, wurde die Diagnose auf secundäre Syphilis gestellt und die Behandlung demgemäss gestaltet. Nachdem der Kranke das *Decoctum Zittmanni* und Sublimat-Gurgelwasser gebraucht, wurde er geheilt entlassen. Im Herbste des folgenden Jahres kehrte er wieder; die Nasenknochen waren theilweise verloren gegangen, dadurch der Nasenwurzel bedeutend eingesunken, die Nasenscheidewand ebenfalls eitrig zerstört; auch am harten Gaumen hatte die Ulceration neue Fortschritte gemacht; die körperliche Entwickelung stand auf derselben Stufe wie früher. Nachdem wieder *Decoctum Zittmanni*, Jodkali, örtliche Reinlichkeit und Gurgelwasser angewandt worden waren, verliess er abermals scheinbar geheilt das Spital und befand sich den Sommer über bei Beschäftigung auf dem Lande vollkommen wohl. Im Beginn der schlechten Jahreszeit begannen die schon bezeichneten Stellen auf's Neue zu schwären; er trat jedoch erst im October in die Anstalt wieder ein, nachdem das *Septum nasi* durch den Geschwürsprocess zerstört war, und dieser schon die Nasenflügel und die Weichtheile zwischen Nase und Oberlippe ergriffen hatte. Jetzt erhielt der Patient innerlich *Ol. jecoris* mit Jod, Subhmat-Auflösung zum Gurgeln, und wurde mit Chlorzink an den ulcerirenden Flächen des Gesichts betupft. Unter dieser Behandlung trat wesentliche Besserung ein, es stiess sich ein Knochenstückchen vom *Processus nasalis* des rechten Oberkieferbeins necrotisch ab; aber vollständige Vernarbung der Geschwürsflächen war nicht zu erzielen. Nachdem er *Kali bichromicum* in Pillen genommen, endlich die Schmierkur durchgemacht, konnte der Kranke im April als geheilt angesehen und entlassen werden. Diesmal blieb er mehr als $1\frac{1}{4}$ Jahre weg, und stellte sich endlich im December 1853 wieder ein. An der Stelle der Nase befand sich ein rundliches Loch, dessen nach innen gezogene Ränder exulcerirten; die Geschwürsbildung war auf die beiden Augenlider des rechten, das untere des linken Auges und auf die zwischen beiden Augen liegenden Weichtheile verbreitet.

Digitized by Google

Mit einer zweckmässigen inneren Kur wurde das Betupfen der Wundflächen mit Chlorzink, seltener mit Höllenstein verbunden, die Geschwürsflächen häufig mit lauwarmem Wasser bespült, und wenn sie nicht geätzt waren, mit fettigen Leinwandläppchen bedeckt. Nach einigen Wochen schickten sich die Geschwüre um die Nasenhöhle und an der Lippe zur Heilung an, indess sie auf den Lidern theils tiefer griffen, theils weiter gingen, so dass nach und nach der Rand des linken Oberlides verloren ging, das ganze Lid in eine mit feuerrothen Granulationen bedeckte, geschwulstige, weniger bewegliche Masse verwandelt wurde, die Bindehaut des Bulbus geschwellt und entzündet war, und der Bulbus nicht mehr vollständig bedeckt werden konnte. In Folge dieses Zustandes erfolgte Keratitis und Onyx unter heftigen Schmerzen und bedeutender Lichtscheu. Im Monat Mai waren beide Augenlider des rechten Auges, das obere ganz, das untere theilweise zerstört, die Hornhaut collabirt, vertrocknet, die Bindehaut gewulstet, am Rande über die Hornhaut ragend, nach aussen in die Geschwürsfläche der Lider übergehend. Von den Rändern her begann Vernarbung. Die Lider des rechten Auges boten einen ähnlichen Zustand, obgleich in geringerem Grade dar, die Hornhaut war nach unten getrübt und häufig mit vertrockneten Eiterkrusten überzogen, entsprechend der bedeutenderen Zerstörung des Unterlides.

Bei fortgesetzter höchst sorgfältiger Behandlung ist gegenwärtig die Vernarbung von allen Seiten her gegen die Ränder vorgeschritten, der linke Bulbus gerettet, indem nur der untere Theil der Cornea getrübt erscheint, der obere aber, soweit er unter dem oberen rudimentären Augenlid geborgen werden kann, durchsichtig und normal gewölbt ist. Die Conjunctiva des Bulbus ist wieder normal und lässt die Sclerotica weiss durchscheinen, einige Stränge verbinden sie mit dem rudimentären Augenlid und hindern daher die Bewegungen des Bulbus nach oben.

Mir ist kein Fall aus der Literatur bekannt, in welchem der Verlust der Lider und die consecutiven Veränderungen des Bulbus so ansehnlich Schritt für Schritt beobachtet werden konnten, und sich so genau auf dem dem Lidverluste entsprechenden Grad erhielten. Ebenso mag es als eine Seltenheit gelten, dass der syphilitische Ulcerationsprocess sich dergestalt auf die Augenlider erstreckte, und andererseits darf die Erhaltung des linken Auges als ein sehr günstiges Resultat angesehen werden.

Die von Desmarres (a. a. O. S. 122) ganz stricte aufgestellte Behauptung: „dem secundären syphilitischen Geschwür geht die Erscheinung von Condylomen voraus", ist durch diese Eine Beobachtung factisch widerlegt.

2. Augenlidwunden.

Von mehreren Verletzungen der Lider, welche vorkamen, sind drei durch die Art ihrer Entstehung merkwürdig.

1) Einem 21jährigen jungen Manne rannte ein Anderer unversehens mit dem Schädel gegen das Auge, und zwar etwas in der Richtung von unten nach oben. Dadurch ward das obere rechte Augenlid etwas in die Höhe geschoben und auf dem scharfen *Margo supraorbitalis* quer durchschnitten. Die Wunde glich an Schärfe und Reinheit vollkommen einer Schnittwunde und betrug einen Zoll an Länge. Ich vereinigte die Wunde, nachdem sie ausgeblutet hatte, mit Englisch-Pflasterstreifen, und erzielte in zweimal 24 Stunden eine vollkommen lineäre Vereinigung.

2) Zwei Tage später fiel ein 19jähriger junger Mann auf dem Eise und schlug mit der rechten Gesichtshälfte dergestalt auf eine erhöhte Eismasse, dass, wie im vorigen Falle, das rechte Oberlid in der Länge eines Zolles und 1 — 2 Linien quer gespalten war. Die Sonde drang bis auf das Periost. Ich legte 3 Knopfnähte an und liess kalte Ueberschläge machen. Am 3. Tage war die Wunde vereinigt. Da sich aber am 4. Tage der Kranke einen Bier-Excess erlaubte, trat nachträglich einige Eiterung ein.

In beiden Fällen wirkte durch Anprallen einer stumpfen Gewalt der scharfe Oberaugenhöhlenrand wie ein von innen schneidendes Werkzeug zur Hervorbringung einer lineären Wunde.

3) Jakob Weber, 45 Jahre alt, Taglöhner, war vor 4 Jahren in Folge einer Schussverletzung am rechten Oberarme amputirt. Am 23. Juni l. J. stolperte er und fiel, da ihn der Stumpf nicht zu stützen vermochte, flach auf Bauch und Brust. In der linken Brusttasche hatte er ein offenes Messer mit nach oben gekehrter Spitze stecken. Durch das Aufschlagen mit der Brust auf den Boden ward das Messer heraus und gegen das Gesicht gestossen. Es brachte der linken Wange eine bogenförmige, $1\frac{1}{4}$ Zoll lange, unregelmässige Wunde bei, welche bis zum unteren Augenlid reichte. Dann dieses und den Bulbus überspringend, war das Messer wieder in's obere Lid hinein und zwischen Stirnhaut und Knochen $\frac{1}{4}$ Zoll über die Augenbraue aufwärts gedrungen. Zum Glück war der Lidrand und der Tarsus auch des Oberlids unversehrt geblieben. Die Blutung aus der Lidwunde war heftig und stand nur durch Compression der Supraorbitalgegend. Die Wangenwunde ward durch 4, die Lidwunde durch 3 Serrefinas vereinigt, dann kalte Ueberschläge gemacht. Den 2. Tag war die Anschwellung sehr stark, daher 3 Serrefines entfernt wurden; am 3. Tage nahmen wir dieselben alle ab, machten Bleiwasserüberschläge, da 2 oder 3 Punkte ein wenig eiterten, während die Wunden im Ganzen per primam intentionem vereinigt waren. Den 28. ward der Kranke entlassen.

3. Anchylops und Dacryocystitis.

Maria Grimm, eine 60jährige Taglöhnerin, hatte mehrere Tage lang das Gefühl von Druck und Schmerz am linken innern Augenwinkel gehabt, als unter Erscheinungen von Frost und Hitze, Kopfschmerz, Uebelkeit und allgemeiner Ermattung die beiden Lider, besonders das Unterlid, anschwollen, Schmerz und Hitzegefühl in der Gegend des Thränensacks zunahm und die Thränen häufig über die Wange herabflossen. Als folgenden Tages ärztliche Hülfe gesucht wurde, befand sich unterhalb des innern Augenwinkels eine rundliche, teigig anzufühlende Geschwulst, die Lider waren ödemstös geschwellt, das Gefühl von Spannung noch bedeutend, die Hitze der ganzen linken Gesichtshälfte gesteigert und Fieber vorhanden. Bleiwasser zu Ueberschlägen und *Elix. acid. Hall.* in's Getränk wird verordnet. Den andern Tag hatte der Abscess nach aussen perforirt; durch Druck ward etwas Eiter und Blut und ein förmlicher kleiner Eiterpfropf entleert, worauf die Oeffnung nach Lage, Aussehen und Richtung einer Thränenfistel vollkommen ähnlich sah. Es entleerten sich aber weder Thränen aus der Abscessöffnung, noch Eiter aus den Thränenpunkten; die Sonde drang nicht in den Thränensack, sondern nur in das denselben umgebende Zellgewebe; die Permeabilität des Thränenkanals stellte sich schnell wieder her, indem zugleich die Geschwulst der Lider schwand, und nach Verlauf von 9 Tagen war die Kranke geheilt, da sich auch die Abscessöffnung geschlossen hatte.

Andreas Schuh, 38 Jahre alt, Bauernknecht, war wegen Caries der linken grossen Zehe am 11. Juni in's Hospital aufgenommen, am 19. durch Exarticulation von derselben befreit worden, und befand sich vollkommen gut, indem nur die von dem *Capitulum ossis metatarsi* gedrückte Partie der Hautwunde sich sehr langsam zur Heilung anliess. Eine ungleiche Beschaffenheit der Lidränder, theilweiser Verlust und unregelmässige Stellung der Cilien bewiesen, dass der Kranke oft an Blepharadenitis gelitten hatte, und Injection der Lidbindehaut zeugte von fortbestehendem Congestionszustande der Augen. Im Anfang des Monats Juli, als die Pyämie in unserer Anstalt herrschte, als jede Verwundung von Eiterung begleitet war, verschlimmerte sich die Operationswunde des Kranken keineswegs, aber es trat eine Geschwulst in der Gegend des linken Thränensacks auf, welche die Lider desselben Auges in Mitleidenschaft zog. Dabei war von Anfang an die Resorption der Thränen aufgehoben; sie flossen immerwährend über die Wange herab, während das linke Nasenloch vollkommen trocken wurde. Druck auf die Geschwulst entleerte einen hellen, dicklichen Eiter aus dem Thränenpunkte. Bleiwasser wurde lauwarm übergeschlagen, später Cataplasmen gemacht. Am 4. Tage perforirte der Thränensack nach aussen, es floss etwas Eiter, dann Thränenflüssigkeit aus; durch Druck entleerte man den Inhalt des Thränensacks nach oben und unten. Nach einigen Tagen verengerte sich unter Abnahme der Entzündung auch die Oeffnung und schloss sich allmälig ganz, so dass die Dacryocystitis ohne weitere üble Folgen geheilt war.

Während in diesem Falle die Entzündung und Perforation des Thränensacks evident ist, so hatte ich im vorhergehenden Falle die Annahme für gerechtfertigt, dass der Abscess seinen Sitz in dem subcutanen Zellgewebe hatte, gegen Seutz's Ansicht (a. a. O. Seite 678, Anm.), welcher den Ausgangspunkt einer Entzündung in dieser Gegend stets in dem Thränensack selbst sieht. Gegen die Annahme einer Dacryocystitis in unserem Falle spricht der mangelnde eiterige Ausfluss aus dem Thränenpunkt und die mangelnde Communication der Abscessöffnung mit dem Thränensack. Wäre aber der Thränensack erster Ausgangspunkt der Entzündung gewesen, welche, nachher auf das Zellgewebe übergehend, dort die Hauptsymptome hervorgerufen habe, so hätte gestörte Thränenresorption in Folge der Schleimhautschwellung eines der ersten Symptome sein müssen, während sie erst durch den Druck der schon bedeutenden Geschwulst auf den Thränensack erfolgte.

4. Pterygium.

Einen Fall von Flügelfell theile ich darum ausführlich mit, weil der intelligente Kranke die Entstehung desselben auf's Deutlichste darzustellen wusste, und ich das Wachsthum desselben während des Zeitraums von beinahe einem Jahre von Zeit zu Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte.

Jakob Beckert, 52 Jahre alt, Pflastermeister, gehört demnach einem Berufe an, in welchem nach der übereinstimmenden Aussage aller Ophthalmologen mit am häufigsten Pterygium vorkommt. Als ich den

Digitized by Google

Mann zum ersten Male sah, war das Flügelfell auf dem linken Auge am innern Winkel in ganz geringem Grade vorhanden, reichte eben über den Hornhautrand und erschien graulichweiss, von rothen Gefässchen durchzogen. Neun Monate später hatte es gegen die Cornea hin zugenommen, zeigte zwei rundliche Köpfe, war etwas erhaben, weniger durchsichtig als früher, und liess sich deutlich als Faltung der Conjunctiva erkennen. Zugleich war an beiden Augen die *Conjunctiva bulbi et palpebrarum* injicirt, der Lidrand sogar an verschiedenen Stellen, namentlich des Unterlides, und der äussere Winkel excoriirt. Der Mann giebt an, dass ihm häufig, oft mehrmals in Einem Tage, beim Pflastern kleine Steinfragmente in die Augen springen, und sich bald auf den Lidern, bald auf dem Augapfel selbst festsetzten. Er habe die Gewohnheit, diese fremden Körper nicht sogleich zu entfernen, sondern über Nacht im Auge zu lassen, wenn es ihm gleich Schmerz und Thränenfluss errege und eine starke Röthe des ganzen Auges. Den andern Tages beim Waschen oder sie dann gewöhnlich von selbst heraus, und wenn nicht am ersten, so doch am zweiten und dritten Tage. Der Mann lässt also die Steinsplitterchen im Auge, bis sie durch die Flüssigkeiten des Auges abgewaschen oder durch eine geringe Eiterung gelockert und losgestossen werden. Auf diese Art haben wir alle Momente, welche nach Arlt's (Die Krankheiten des Auges. Bd. I. S. 159) Theorie zur Entstehung des Pterygiums gehören, und seine Ansicht findet in diesem Einen Falle vollkommene Bestätigung. Durch das längere Verharren der fremden Körper auf dem Auge entstehen Excoriationen und Geschwürchen, wie sie an den Lidrändern beinahe stets vorhanden waren. Traf nun ein solches Geschwür einmal gerade an den Hornhautrand, so war das Eine nothwendige Moment gegeben. Die zunächst liegende Bindehaut ist theils durch den vom selben fremden Körper ausgehenden Reiz entzündet, theils durch die häufig dieselbe treffenden Schädlichkeiten gewulstet und injicirt. Somit ist das zweite Moment zur Entstehung des Flügelfells gegeben. An dem Rande verwächst nun die gewulstete Haut mit der Geschwürsfläche, und wird nach Analogie aller von einem Winkel aus mit einander verwachsenden Flächen als der beweglichere Theil auf den unbeweglichen, den Boden des Geschwürs, hinübergezogen. So entsteht denn und so entstand allen Zeichen nach in diesem Falle das Flügelfell, und so erklärt sich dessen Gestalt auf's Einfachste. Dabei ist es nicht nothwendig, dass man unter dem Halse mit der Sonde oder einer Borste durchkommen müsse, wie Arlt annimmt, indem ja die direct an das Geschwürchen grenzende Schleimhaut mit derselben verwachsen kann, ohne eine Brücke zu lassen. In unserm Falle bestätigte sich Arlt's Annahme nicht, indem der Hals des Flügelfells fest mit der Unterlage verwachsen war.

Eva Summer, 27 Jahre alt, Bauernmädchen, trat am 25. Juni in die Klinik. Beide Augen waren durch Leucom der Hornhaut functionsunfähig. Die linke Hornhaut war ganz undurchsichtig, milchweiss; die rechts zeigte nach oben und aussen eine durchscheinende Partie, von deren schiefergrauer Färbung man aber weder auf den Zustand und die Farbe der dahinter liegenden Irispartie, noch auf den Grad ihrer eigenen Durchsichtigkeit mit Genauigkeit schliessen konnte. Gleichwohl machte ich, da die Kranke deutliche Lichtempfindung hatte und in ihrem gegenwärtigen Zustande absolut nichts sah, also ihr Zustand keiner Verschlimmerung fähig war, am 27. Juni die künstliche Pupillenbildung durch Iridectome. Die Kranke behauptete gleich nach der Operation etwas, obgleich undeutlich, gesehen zu haben. Nach 8 Tagen unterschied sie die Umrisse einer Gestalt, und sogar das weisse Hemde im Gegensatze zu den übrigen Kleidungsstücken. Da in der Conjunctiva zu dem Hornhautschnitt strotzende, gewundene, dicke Gefässe verliefen, und die Kranke das Gefühl von Druck hatte, so durchschnitt ich diese Gefässe 3 Mal mit je 2—3 Tagen Zwischenraum. Sie bluteten reichlich, erschienen jedes Mal weniger zahlreich und weniger blutreich. Nach dem dritten Male war die Injection so unbedeutend, dass die Operirte am 22. Juli entlassen werden konnte. Sie selbst behauptete stets, die nächsten Tage nach einer Scarification eine bedeutende Verbesserung des Sehvermögens verspürt zu haben. So viel ist gewiss, dass sie in den letzten 8 Tagen auffallend besser sah, als nach der ersten Woche. Als sie entlassen wurde, konnte sie in einem ihr unbekannten Saale mit Vermeidung aller Gegenstände gehen, an einer Hand einen Siegelring sehen, in einem Gesicht einen hellblonden, nicht allzu starken Schnurbart erkennen und an einem Anzug verschiedene Nüancen von Grau unterscheiden.

Die Verbesserung des Gesichts in der späteren Zeit ist sicher theilweise durch die Gewöhnung, mittelst der künstlichen Pupille zu sehen, erklärbar. Möglicherweise fand aber durch die Entzündung nach dem operativen Eingriff in der Hornhaut selbst theilweise Resorption des die Hornhaut verdunkelnden Exsudates statt, so dass die durchscheinende Partie etwas durchsichtiger geworden wäre. Eine solche jedenfalls nur geringe Veränderung objectiv zu constatiren, ging darum nicht an, weil die Hornhautpartie nach Entfernung der Iris hinter derselben schon dadurch dunkler erschien, als vor der Operation.

5. Künstliche Pupillenbildung.

Michael Schatz, 32 Jahre alt, Steinhauer von Stechendorf im Landgerichts-Bezirk Hollfeld, wurde vor 11 Jahren beim Steinsprengen durch eine Pulverexplosion beschädigt, die hauptsächlich die vordere Körperpartie und namentlich das Gesicht getroffen, und ihn besinnungslos niedergestreckt hatte. Seine Herstellung forderte eine $^3/_4$ Jahr währende Kur, und nun zeigte sich das Sehvermögen fast gänzlich aufgehoben. Erst im Jahre 1852 suchte er in München Hülfe; er ward dort operirt, aber ohne Erfolg, ja der Operirte versicherte, vor der Operation mehr Sehn als nach derselben gehabt zu haben. Er kehrte in die Heimath zurück und verblieb dort bis 19. Mai 1854, wo er in die hiesige Klinik kam.

Die Hornhaut bot auf beiden Augen einen leucomatösen Zustand, nur an ihrem oberen Rande fand sich eine durchsichtige Stelle, besonders im linken Auge, wodurch selbst die branne Iris deutlich erkannt werden konnte. Am 25. Mai bildete ich daselbst eine künstliche Pupille durch Iridotomie.

Am Abend des Tages, an welchem die Operation gemacht worden war, stellten sich heftige Schmerzen im Auge ein, die nach der Application von 10 Blutegeln und kalten Ueberschlägen wichen, so dass der Operirte schlafen konnte.

Der Erfolg der Operation war so günstig, dass der Mann am 1. Juni, wo er aus dem Hospitale schied, alle Gegenstände nach ihren Farben und Umrissen unterscheiden und frei, ohne zu strauchen oder anzurennen, herumgehen konnte, ja sogar die Absicht aussprach, den Weg nach der Heimath zu Fuss zurückzulegen.

6. *Coloboma iridis*, verbunden mit Ortsveränderung der Linse.

Caspar Werner, 19 Jahre alt, Knecht, kam am 12. Mai in die Anstalt und zeigte folgenden Zustand des rechten Auges. In der Hornhaut nach oben und aussen vom Centrum befand sich eine Narbe, in welche die Iris eingewachsen war; in der unteren Partie der Iris eine bis zum Rande der Iris gehende Spalte. Durch diese Spalte hing ein Theil der getrübten aufgerollten Kapsel in die vordere Augenkammer. Die Iris erschien entfärbt. Der Kranke gab an, dass ihm vor mehreren Wochen ein Scheit Holz an's rechte Auge geworfen worden sei, in Folge dessen das Auge geblutet habe und unter lebhaftem Schmerz geschwollen sei. Als er es nach einiger Zeit wieder habe öffnen können, sei es so ziemlich in diesem Zustande gewesen, nur habe er damals weniger gesehen als jetzt.

Mehr war nicht von ihm zu erfahren. Wir schlossen aus seinem Bericht und dem Befund, dass in Folge des Wurfs auf das Auge die Hornhaut eine Zusammenhangstrennung erlitt, die Kapsel zerriss und wahrscheinlich die Linse durch die Hornhautwunde entwich. Letzterer Vorgang verlangt sich dem Betroffenen theils durch seine Geschwindigkeit, theils unter dem Bluten der Lider. In die Hornhautwunde stürzte die Iris vor und verlegte sie, wodurch die Wiedervereinigung des *Humor aqueus*, die Bildung der vorderen Augenkammer, die Heilung der Hornhautwunde und die bleibende Verwachsung der Iris erfolgte. Durch die Gewalt des traumatischen Eingriffs ist auch die Spaltung der Iris erklärt, wie die Iritis durch die Verletzung und Einklemmung dieser Membran. Nach dem Verlust der Linse rollte sich die ebenfalls verletzte und losgetrennte Kapsel auf, fiel durch das Colobom der Iris in die vordere Augenkammer und trübte sich allmälig. Bei der Durchsichtigkeit der Pupille, der mehr nach unten befindlichen Lage der Hornhautnarbe konnte der Kranke noch mässig gut sehen, was für ihn ein um so grösseres Glück war, als der linke Bulbus in Folge einer als Kind erhaltenen Verletzung atrophirt war.

Joh. Eckstein, 28 Jahre alt, zeigt rechts einen ganz atrophirten Augapfel, links aber eine nach unten bis zum äusseren Rande gehende Irisspalte.

Am selben Auge befindet sich nach aussen eine Lostrennung der Iris vom Ciliarbande im Umfang von 2—3 Linien. Die Brücke der Iris, welche zwischen der Spalte und der Lostrennung besteht, ist nach unten nahe dem Ciliarrande in die Cornea eingewachsen, welche an dieser Stelle eine deutliche Narbe zeigt. Hinter beiden abnormen Spalten der Iris gewahrt man die trübe, theilweiss kreideweisse Linse nach unten und aussen. Das Sehvermögen ist in hohem Grade gestört.

Wir, der sehr wenig intelligente Kranke über die Entstehung zu sagen weiss, ist wenig, und reducirt sich etwa auf Folgendes. Auf dem linken Auge suerst staarblind, wird er im 9. Lebensjahre auf diesem Auge operirt. Es entsteht Nachstaar; der Kranke sieht gar nichts. Nachdem auch das rechte Auge allmälig erblindet war, wurde dieses im 20. Jahre des Patienten operirt und ging durch Panophthalmitis und Vereiterung verloren. Nun wird auf dem linken Auge wieder eine Operation vorgenommen, in Folge deren dasselbe seine jetzige Gestalt erhält und der Kranke einiges Sehvermögen wiedergewinnt. Die beiden

Digitized by Google

früheren Operationen waren Staaroperationen, deren Methode sich nicht eruiren lässt; die dritte scheint eine künstliche Pupillenbildung mit Iridoenkleisis gewesen zu sein.

7. Operation der Cataracta.

Die vollkommen günstig verlaufenen Staaroperationen, die demnach auch weniger Interesse bieten, übergehe ich und theile nur einen mehrfach erwähnten Fall mit, in dem Operation und Reconvalescenz nicht so ganz einfach verlief.

Wilhelm Fischer, 62 Jahre alt, Bauernknecht, trat mit doppeltem Linsenkapselstaar am 3. Juni in die chirurgische Klinik ein. Am 16. Juni operirte ich das rechte Auge durch die Extraction. Sogleich nach der Operation, als auch später, sah der Kranke vollkommen gut auf diesem Auge, obgleich die Pupille etwas dreieckig verzogen war. Die Entzündung nach der Operation war äusserst gering, daher auch gar keine Nachbehandlung eingeleitet wurde.

Am 10. Juli, also 3 Wochen und 3 Tage nach der ersten Operation, machte ich die Scleroticonyxis auf dem linken Auge. Der Grund, warum ich die Nadeloperation der Extraction vorzog, war der, dass die Pupille in Folge von hinteren Synechien sich nur sehr wenig und ungleich erweiterte, so dass einerseits die Zugänglichkeit der Kapsel von der vorderen Augenkammer her sehr vermindert, zweitens der Austritt der Linse durch die Pupille erschwert oder ohne Verletzung der Iris unmöglich erschien. Diese Uebelstände zu vermeiden, wählte ich die Scleroticonyxis, führte die Nadel, nachdem sie zwischen Pupille und Kapsel stand, erst flach nach oben und unten, um die Adhärenzen zu trennen, und rechtwinkt dann. Sogleich erschien die Pupille vollkommen schwarz, und der Kranke verkündete freudig, er sehe Alles um sich her. So wie ich aber die Nadel von der rechnirten Linse entfernte, stieg sie wieder auf, und zwar nach wiederholten Versuchen immer wieder. So schritt ich denn zur Discision der Linse, deren Fragmente hinter der Pupille sichtbar blieben. Acht Tage lang befand sich der Operirte vollkommen wohl und sah auch mit dem letztoperirten Auge etwas, als am 18. Schmerz, Thränenfluss und Injection der Bindehaut auftrat. Trotz Blutegel und Einreibungen von Belladonnasalbe in Stirn und Schläfegegend nahm die Entzündung zu und zog auch die Iris in Mitleidenschaft. Dieselbe erschien verfärbt, die Pupille verengert, das Sehvermögen vermindert. Da die acuten Entzündungssymptome zurücktraten, so wurde Belladonna eingetröpfelt, jedoch ohne die Pupille zu erweitern.

Am 4. August zeigte sich Hypopyon, welches ohne weitere Symptome wuchs bis zum 13. oder 14., dann langsam abnahm. Jetzt ist nur mehr ein halbmondförmiger Streifen vorhanden; die Pupille länglich verzogen, zur Hälfte schwarz, zur Hälfte getrübt. Er sieht Gegenstände, die nach aussen von diesem Auge gehalten werden, ganz deutlich, nicht aber vorwärts oder nach innen. Es steht zu erwarten, dass durch weitere Resorption der Linsenfragmente das Sehvermögen sich noch verbessern werde; jedenfalls aber sieht der Kranke auf dem rechten Auge hinreichend gut, um im schlimmsten Falle des linken entbehren zu können.

Zur Casuistik der Tarso-Metatarsal-Luxation.

Von

Dr. Schrauth in Neumarkt in d. Oberpfalz.

In No. 34 l. J. der Deutschen Klinik hat Hr. Dr. Tutschek in Landau einen Fall von Luxation der sämmtlichen 5 Mittelfussknochen aus ihrer Verbindung mit der vorderen Reihe der Fusswurzelknochen mitgetheilt. Da nach dessen Angabe nur 6 Fälle dieser Luxation, deren Vorkommen früher nicht für möglich gehalten wurde, aus der französischen Literatur bis jetzt bekannt sind, da ferner die von ihm verzeichneten zwei weiteren von Dr. Harweng in Mannheim in den med. Annalen Heft IV. Bd. 4 mitgetheilten deutschen Beobachtungen (Siehe Universallexicon der pract. Medicin und Chirurgie etc. Leipzig 1840. Bd. VIII. S. 817) dieselben sind, welche Dupuytren bekannt gemacht hat, und die demnach Harweng mit Dupuytren gemeinschaftlich beobachtet haben mag, so steht bis jetzt Tutschek's Fall, so weit dies dem Verfasser dieser Zeilen bekannt, als der einzige in Deutschland veröffentlichte da, weshalb es dem Dienste der Wissenschaft entsprechen dürfte, demselben eine zweite hierher gehörige Beobachtung, wenn auch aus ärztlichem Tagebuche älteren Datums mittutheilen.

Am 23. Aug. 1847 Nachts 9 Uhr wurde ich zu dem Bauer M. in S., einem kräftigen, untersetzten Mann, gerufen. Er war beilläufig $1^1/_2$ Stunde vor meiner Ankunft von einem ziemlich hohen Apfelbaum, als er eben im Begriff war herabzusteigen, auf den Boden des etwas abschüssigen Hofes in der Nähe eines Pfluges und einiger anderer Geräthschaften herabgefallen, und konnte darauf auf dem linken Fuss nicht mehr stehen. Ueber die Art und Weise, wie er fiel, wusste er nichts Näheres anzugeben. Ausser einigen leichten Contusionen war keine Verletzung am Körper. Der linke Fuss war ohne Spur von Blutunterlaufung oder Verwundung, jedoch war der Vorfuss kürzer und wie in sich hineingeschoben. Auf dem Fussrücken befand sich eine bedeutende, mehr als einen halben Zoll betragende Erhöhung. Diese Erhöhung erstreckte sich quer über den Fussrücken, war hart anzufühlen und schien dem Gefühle nach aus zwei Abtheilungen zu bestehen. Nach vorne ging die Erhöhung allmälig schief abwärts, nach hinten, gegen das Knöchelgelenk zu, bildeten sie einen markirteren Rand, ihre Härte hörte hier plötzlich auf, und man fühlte statt des knöchernen Widerstandes unter der elastisch gespannten Haut eine Leere. Die Stelle der Erhöhung entsprach dem Tarso-Metatarsal-Gelenke, ihr etwa welchnussgrosser höchster Punkt, der bei Druck etwas beweglich sich anfühlte, entsprach der Articulation des 2. und 3. Metatarsalknochen. Von hier aus setzte sich diese Erhöhung, jedoch hart, und unbeweglich, und etwas abnehmend nach dem inneren Fussrande zu, und bildete so gleichsam eine zweite Abtheilung, während die Erhöhung von dem Mittelpunkte aus nach dem äusseren Fussrande zu, ohne sonstige merkliche Veränderung, allmälig sich verlor. Der innere Fussrand war mehr ausgeschweift, und von der Sohle aus fühlte man an der Stelle des in normaler Lage befindend nach unten vorragenden Tarsalendes des ersten Metatarsalknochens eine Leere. Der Höcker des 5. Mittelfussknochens stand mehr nach aussen und rückwärts. Der ganze Fuss war offenbar etwas verkürzt, und in der Gegend des Metatarso-Tarsal-Gelenkes etwas breiter als im Normalzustande. Zugleich war der Fussrücken in eine Art Winkel gebrochen, während die Fusssohle eben war. Die Zehen waren nach aufwärts gezogen und bildeten mit dem Fussrücken einen Winkel, in welchem man die Strecksehnen stark gespannt fühlte. Das ganze Aussehen des Fusses glich einem Pferdefuss niederen Grades.

Die Diagnose konnte nicht schwierig sein, zumal fast noch keine Geschwulst der Weichtheile vorhanden war. Die genau dem Tarso-Metatarsal-Gelenke entsprechende Erhöhung, ihre Härte, eine Art von Winkel, den der hier vorspringende Fussrücken machte, die den Gelenkflächen entsprechende Vertiefung, die Verkürzung des Fusses, die Spannung der Zehenstrecker, die Entstehungsart, der Mangel von Crepitation liessen keinen Zweifel über das Vorliegen einer Tarso-Metatarsal-Luxation zu. Es war dies offenbar eine Luxation nach oben mit einiger Verschiebung nach aussen, wobei die Gelenkflächen der Basis des 2. und 3. Mittelfussknochens ihre correspondirenden Gelenkflächen des 2. und 3. *Os cuneiforme* gänzlich verlassen hatten, während die Basen des 4. und 5. Mittelfussknochens nur gehoben und nach aussen gedrängt, mithin nicht ganz von den Gelenkflächen des Würfelbeines abgewichen waren. Ebenso berührte die Gelenkfläche der Basis des ersten Metatarsus noch mit beiläufig ihrer unteren Hälfte die obere Hälfte der Gelenkfläche des *Os cuneif. primum*. Es lässt sich hiernach schliessen, dass der gewaltsame Druck, welcher den Metatarsus nach oben luxirte, wenigstens auf die drei ersten Mittelfussknochen ziemlich gleichmässig gewirkt haben musste. Wäre das *Os metatarsi primum* ganz luxirt gewesen, so hätte auf dasselbe beiläufig ein doppelt so starker Druck wirken müssen, als auf die beiden benachbarten Mittelfussknochen, und dann hätte er aber auch um die Hälfte höher nach oben hervorragen müssen, als die Tarsalenden der letzteren. Es dringt nämlich die Basis des ersten *Os metatarsi* mit einer conischen Verlängerung beiläufig um die Hälfte tiefer in den hohlen Fuss hinab, als die Basis seiner beiden Nachbarn, indem der senkrechte Durchmesser der Gelenkfläche der ersteren circa 14‴, der der beiden Angrenzer aber nur 7—8‴ beträgt. Wenn nun die 3 Gelenkenden ziemlich gleich hoch gehoben wurden, so musste die Gelenkfläche des ersten Metatarsalknochens noch zur Hälfte mit der ihr entsprechenden Keilbeingelenkfläche in Berührung bleiben. In Folge hiervon konnte auch ein Uebereinandergeschobensein des Metatarsus über den Tarsus kaum stattfinden, nur die beiläufig $1^1/_2$ Linie über ihre Nachbarn hinausragende Basis des zweiten *Os metatarsi* konnte ein wenig über dem oberen Rande des zweiten keilförmigen Beines liegen, was sich durch die Leichtigkeit der Einrichtung bestätigte. Die Verkürzung des Fusses war demnach nicht Folge einer Uebereinanderlagerung, sondern wurde vielmehr durch den Winkel verursacht, den Tarsus mit Metatarsus bildete. Die abnorme Stellung der drei ersten Mittelfussknochen konnte wohl ohne bedeutende Zerreissung ihrer Tarso-Metatarsal-Ligamente nicht stattfinden, während wahrscheinlich der Bandapparat ihres 4. und 5. Collegen minder beträchtliche Verletzung erlitten hatte. Hierdurch und namentlich durch die emporgehobene Stellung der Basis des zweiten Mittelfussknochens, welche im normalen Zustande zwischen das 1. und 3. Keilbein eingeklemmt ist, und seitliche Verschiebung verhindert, wurde wohl die geringe Verschiebung des Mittelfusses nach aussen begünstigt. Auch die seitlichen Bandverbindungen der drei ersten Mittelfussknochen mussten theilweise zerrissen sein, wofür die Beweglichkeit der Gelenkenden sprach.

Die Einrichtung, welche sogleich vorgenommen wurde, gelang

Digitized by Google

leicht. Der Unterschenkel wurde mit einem Tuche umwickelt und von einem Gehülfen fixirt. Ich selbst packte den Metatarsus mit der ganzen Hand, zog ihn an, und drückte gleichzeitig mit der andern Hand nach vorne und abwärts auf die Geschwulst. Das Herabgleiten des Metatarsus in seine Gelenkfläche war von einem mir und dem Patienten fühlbaren Ruck begleitet, Spannung und Schmerz hatten sogleich ein Ende, die Zehen waren nicht mehr emporgehoben, sie konnten willkürlich bewegt werden, und der Vorsprung über dem Fussrücken war verschwunden. Es wurde ein einfacher Bindenverband angelegt, der am andern Tage mit einem Pappverband vertauscht wurde, wobei ich mich nochmals von der richtigen Lage der Theile überzeugte. Patient blieb 3 Wochen liegen, von da an versuchte er, Anfangs nicht ohne Schmerz, sammt dem Pappverbande aufzutreten, und nach 6 Wochen konnte er ziemlich gut ohne Verband gehen. Bäder und geistige Einreibung brachten bald die volle Beweglichkeit des Fusses wieder zu Stande, und M. erfreute sich wieder des vollkommen ungestörten Gebrauches seines Fusses.

Miscellen.

Künstlicher Blutegel von Professor Dr. Burow.

In dem 3. Hefte des 4. Bandes der Verhandlung der physicalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg findet sich eine Notiz von Hrn. Hofrath v. Textor über den Heurteloup'schen künstlichen Blutegel, die mich dazu bestimmt, eine wesentliche Vereinfachung des Instrumentes hiermit bekannt zu machen. Es ist durch diese nicht nur der sehr beträchtliche Preis des Instrumentes auf die Hälfte verringert (der Heurteloup'sche Blutegel kostet mit den dazu gehörigen Cylindern und ohne ein Kästchen, in dem die Theile des Instrumentes aufbewahrt werden können, bei Burk in Berlin 8 Thlr.), sondern auch die Handhabung des Apparats wesentlich erleichtert. Die schnelle Rotation des kreisförmlichen Schneidels bei dem Heurteloup'schen Apparate scheint mir nicht nur unzweckmässig, sondern auch nachtheilig, da der Hautschnitt bereits bei der ersten Umdrehung bis zu der möglichen Tiefe vollständig vollendet ist und die unvermeidlichen weiteren Umdrehungen nichts als eine jedenfalls nachtheilige Zerrung des Hautlappens bedingen. Es ist mir wahrscheinlich, dass das nicht selten beobachtete brandige Absterben dieses Hautlappens seine Ursache eben in dieser Zerrung finde; während ich dasselbe bei der tausendfältigen Anwendung meines Instrumentes niemals zu beobachten Gelegenheit gehabt, obgleich ich es vielfältig in ziemlich ungeschickten Händen gesehen.

Der künstliche Blutegel, dessen ich mich bediene, besteht aus einem stählernen, an seinem unteren Ende in das Locheisen sich endigenden Schneidel, an dessen oberem Theile ein verschieblicher und in beliebiger Höhe durch eine Klemmschraube feststellbarer, etwa $\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser starker messingener Knopf sich befindet. Dieser Schneidel steckt in einer Messinghülse wie das Stilet eines Trokarts in der Canule. Am unteren Ende der Hülse befindet sich ein flacher Teller von etwa $\frac{3}{4}$ Zoll Durchmesser. Vor der Application stellt man den Schneidel so weit in der Messinghülse vor, dass die schneidende Fläche etwa eine Pariser Linie über die Fläche des Tellers hervorragt, schiebt den Messingknopf am entgegengesetzten Ende der Hülse bis an den Rand derselben und stellt ihn mit der Klemmschraube fest, so dass also bei einer Drehung des Schneidels in der Hülse das scharfe Ende desselben nicht über die obenerwähnte Breite einer Linie sich vorschieben lässt. Die linke Hand des Operateurs fasst die Hülse, setzt den Teller derselben mit zurückgezogenem Schneidel mit mässigem Druck auf der Stelle auf, von der man das Blut entziehen will, die rechte Hand schiebt den Knopf des Schneidels kräftig vor und macht eine halbe Axendrehung hin und zurück. Der Teller der Hülse dient dazu, die Haut in der nächsten Nähe der Schnittfläche zu fixiren, da dieselbe sonst bei der Umdrehung des Schneidels mitgezerrt werden würde.

Auch an den Saugapparaten habe ich eine kleine für die practische Anwendung wesentliche Veränderung angebracht. Die Korkcylinder nämlich trocknen bei mehrfachem Gebrauch des Instrumentes, selbst wenn sie gehörig gesäubert und ihre Oberfläche mit Talg versehen wird, leicht ein und versagen ihren Dienst, indem sie nicht mehr luftdicht gegen die innere Glaswand schliessen. Ich lasse deshalb zwischen die vordere Korkfläche und das Metallplättchen, welches an dem unteren Ende der Schraube liegt, eine Rehlederscheibe legen, dieselbe über den Kork zurückschlagen und hinter ihm um die Schraube mit dem Faden festbinden. Das also gelagerte Leder wirkt wie die sogenannte Manschette einer Pumpe, und derartige Saugecylinder haben bei der vielfältigsten Anwendung in meinem Krankenhause noch nie einer Reparatur bedurft, wenn nur dann und wann ein Tröpfchen Klauenöl von der Seite der Schraube her in den Cylinder gethan wird. Dieser Blutegel hat bereits eine ziemlich allgemeine Verbreitung gefunden, was schon daraus hervorgeht, dass allein einer unserer Mechaniker, Br. Carogatti, bereits fünfzig derselben verkauft hat. Es kostet das Instrument in einem eleganten Mahagonikästchen bei demselben 4 Thlr. Späterhin ist noch eine kleine Vorrichtung an der Hülse des Schneidels angebracht, durch die ein Herausfallen verhütet wird, während doch ein Höher- und Tieferstellen des Cylinders in der Hülse möglich bleibt. Jedem der Apparate ist eine genaue Gebrauchsanweisung beigegeben.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Den Verdienst-Orden vom heiligen Michael erhielten, und zwar das Komthurkreuz: der k. Leibarzt und Prof., Geh. Rath Dr. v. Gietl; das Ritterkreuz: der k. Ober-Med.-Rath und Prof. Dr. Pfenfer, der k. Rath und Krankenhaus-Director Dr. Horner, der Med.-Assessor bei der Regierung von Oberbaiern, Privatdocent Dr. Wibmer, der Prof. der Poliklinik Dr. Seitz und der Landgerichtsarzt von München r. l., Dr. Kaltdorf. — Dr. Oettinger, pract. Arzt zu München, erhielt Titel und Rang eines k. Rathes.

Nassau. Dem Med.-Rathe Dr. v. Ihell in Bad Ems der Rothe Adler-Orden 4. Klasse.

Preussen. Dem Kreisphysicus Dr. Moritz zu Löbau und dem pract. Arzte Dr. Wieler zu Lutzerath der Charakter als Sanitätsrath. Dem Ober-Stabsarzt Dr. Weiss in Potsdam das Ritterkreuz des Sachsen-Ernestinischen Haus-Ordens.

Personalveränderungen. Baden. Ernennung: Amtswundarzt des Landamts Karlsruhe Phys. Dr. Schmidt zum Phys. in Ettenheim.

Preussen. Beförderungen: Die Privatdocenten Dr. Schöller und Geh. San.-Rath, Leibarzt und Ober-Stabsarzt Dr. Lauer in Berlin zu ausserord. Professoren bei der med.-chir. Militär-Akademie. Anstellungen: Der pract. Arzt Dr. Küstner als zweiter Arzt am Berliner Arbeitshause an der Stelle des zum Prosector in Greifswald ernannten Dr. Hoppe; der Wundarzt erster Klasse Stricker als Kreiswundarzt des Kreises Dortmund. Niederlassungen: Die pract. Aerzte DD. Stropp, Schauss, B. Schulze in Berlin, Simon in Danzig und der Wundarzt zweiter Klasse Pfannenstein in Berlin. Fortgezogen sind: Die pract. Aerzte DD. Helm von Stolp nach Danzig, Löwenstein von Bromberg nach Czempin, Munk von Breslau nach Posen, Beyer von Siegburg nach Meurs, Reinking von Lobsens nach Mroczen, Boehens von Krefeld nach Viersen. Geerds von Halle nach Greifswald, Spiegelberg von Hamm nach Bielefeld; die Bat.-Aerzte Dr. Wache nach Neu-Ruppin und Reuter von Neu-Ruppin nach Sorau, sowie die Wundärzte erster Klasse Tyczynski von Danzig nach Sulmerzyce, Gierach von Dolzig nach Czernicjewo und Staweczinski von Bonn nach Berlin.

Todesfälle. Baiern. Dr. v. Eichheimer, pens. Gen.-Stabsarzt der bair. Armee, 91 J.; Dr. Haggenmiller, pract. und Spitalarzt in Dinkelscherben.

Hannover. DD. Kohl zu Gr. Lobke und Ecke zu Göttingen.

Hessen. Geh. Med.-R. Dr. Trapp in Homburg v. d. H.

Oesterreich. Hofchirurg Kaiserlacher in Wien.

Preussen. Kreisphysicus a. D. Dr. Born zu Frankfurt a. d. O.; die Wundärzte Völperling zu Wusterhausen a. d. D. und Zimmer in Grammschütz.

Anzeigen.

Alpen-Kräutersaft.

Der Apotheker Mack in Reichenhall hat mir eine Quantität seines Alpen-Kräutersaftes (den er erst vor 3 Wochen frisch bereitet hat), dessen ich bereits in der Med. Central-Zeitung (No. 74) rühmend Erwähnung gethan, zugesandt, und zwar so zubereitet, dass er Monate lang, ohne eine Veränderung zu erleiden, aufbewahrt werden kann. Hinsichtlich des Geschmacks und der Wirkung habe ich keinen Unterschied von dem frisch ausgepressten wahrgenommen, und kann ich ihn allen Collegen in Fällen von chronischen Katarrhen des Magens, Duodenums, der Gallengänge, gestörter Gallensecretion, Anschoppungen der Leber und ähnlichen Affectionen sehr empfehlen. Man lässt Vormittags 1 bis 2 Esslöffel nehmen. Da die Thäler bei Reichenhall noch frei von Schnee sind und Hr. Mack bisher täglich frischen Saft bereitet hat, so ist er im Stande, mir noch grössere Mengen zuzusenden, und bitte ich diejenigen Collegen, welche von demselben Gebrauch machen wollen, sich an mich zu wenden.

Berlin. **Dr. Helff.**

Bücher-Auction.

Den **22. Januar 1855** wird in **Göttingen** die Bibliothek des weil. Ober-Med.-Raths **Langenbeck** versteigert werden. Der Catalog findet sich in allen Buchhandlungen Deutschlands vorräthig, oder kann durch dieselben bezogen werden.

Digitized by Google

Sonnabend, № 51. 23. December 1854.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Aemter an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich zwei Thaler. Beiträge werden franco unter der Adresse der Verlagshandlung erbeten.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Zur Behandlung der *Psoriasis non syphilitica.* Von Dr. Martius. — Ueber die subcutane Dissision der Scheidenhaut des Bodens, als Radical-Operation der Hydrocele. Von Dr. Rühring. — Ueber methodische Erweiterung der Harnröhren-Verengerungen. Von Prof. Dr. Burow. — Miscellen: Mangel des Uterus bei normaler Bildung der äusseren Geschlechtstheile. Von Prof. Dr. Heyfelder. — Die Behandlung der *Cataracta secundaria* zu Paris. Von Dr. Faber. — Die Cholera in München. — Literatur-Blatt. — Personalien.

Zur Behandlung der Psorinsis non syphilitica.

Von

Dr. Carl Martius,

Assistenz-Arzt am Nürnberger allgemeinen Krankenhause.

Die Psoriasis, diese fast ausschliesslich nur bei robusten und gesunden Individuen im besten Alter vorkommende Krankheit, hat durch die lange Dauer, die ihre Behandlung erfordert, und wegen der häufig mehr oder weniger rasch sich wieder einstellenden Recidive die verschiedensten Heilverfahren gegen sich in die Schranken gerufen. Durch keines derselben jedoch ist man im Stande, dieses hartnäckige Leiden für die Dauer zu beseitigen, und bis jetzt muss dasjenige Verfahren für das beste gelten, welches bei möglichst rascher Heilung Recidive am längsten verhütet. Als ein solches kann ich unbedingt das im allgemeinen Krankenhaus zu Nürnberg seit mehreren Jahren angewendete Verfahren empfehlen; und werde ich nach einer kurzen Rundschau über die bisher angewendeten Mittel in's Speciellere derselben eingehen. Zuvor noch sind die Momente in's Auge zu fassen, unter welchen eine Heilung der Psoriasis ohne Medication zu Stande kommen kann.

Man hat nämlich beobachtet, dass die Psoriasis, nachdem sie sich häufig involvirt und recidivirt hat, von selbst heilt, freilich oft erst nach einem Bestehen von zwanzig und mehr Jahren. Bei acuten Blutkrankheiten schwindet sie für die Dauer derselben, kehrt jedoch nach deren Ablauf in der Regel wieder. Hebra sah in einem Falle die Psoriasis bei eintretender Tuberculosis sich rasch für immer verlieren.

Diese Beobachtung vom Verschwinden dieses langwierigen Leidens bei Typhus und anderen acuten Krankheiten rechtfertigt gewissermassen jene Methode, die durch den antiphlogistischen Heilapparat, wie Laxanzen, Venäsectionen, die Hungerkur u. s. w. den Patienten so herabkommen lässt, dass, wie man glaubt, sein Organismus nicht mehr im Stande ist, die Psoriasis fortzuernähren und neue zu erzeugen, oder sei es, dass eine derartige Herabstimmung des Organismus die Ernährungsverhältnisse in der Haut so umstimmt, dass die Psoriasis verschwindet.

Allein abgesehen von der Schwierigkeit einer consequenten Durchführung dieses Verfahrens besonders in der Privatpraxis, führt es noch den Uebelstand mit sich, dass mit dem Aussetzen der Kur und dem Eintreten besserer Ernährung das Leiden jedes Mal wiederkehrt.

In diese Klasse von Mitteln gegen die Psoriasis lassen sich ausser den gewöhnlichen Laxanzen noch jene als specifisch gerühmte *Hura brasiliensis* mit ihren Präparaten *Succus et Tinctura Assaen.* die *Tinct. Colocynthidis* mit *Tinct. Antimon. saponat., Cortex Radic. Maduris, Decoct. Zittmanni* und andere Arzneikörper bringen, die dem Organismus weniger bieten, als sie ihm entziehen. Allerdings mag bei mehreren dieser Mittel nicht jene angegebene Wirkung der Entziehung, sondern eine mehr specifische (antisyphilitische) in's Auge gefasst worden sein, da auch die nicht syphilitische Psoriasis bald eine Schwester, bald eine Tochter der Lues sein sollte. Auch der *Tinct. Cantharid.* müssen wir hier als Mittel gegen die Schuppenflechte gedenken; ihre einzige Wirkung jedoch bei fortgesetztem Gebrauch besteht nach Hebra in Erzeugung von Hämaturie und Albuminurie.

Neben diesen zum Theil unwirksamen Mitteln besitzen wir aus der Reihe der Alterantia zwei, wenn auch gefährliche, doch höchst kräftige Antipsoriara, die bei vorsichtigem consequentem Gebrauch dies Hautübel nicht nur für den Augenblick heilen, sondern auch Recidive, wenn nicht für immer, so doch gewöhnlich für die Dauer wenigstens eines halben Jahres zu verhüten im Stande sind — das ist der Sublimat und der Arsenik. Von der Sublimatkur besitze ich keine Erfahrung, doch soll sie äusserst langwierig sein, jedenfalls wirkt der Arsenik schneller und sicherer, wenn gleich auch gefährlicher; wie denn dem Arsenik ein gewisser Einfluss auf die Bildung von Horngewebe zuzusprechen ist, so beim Pferde, Schaaf (auch die Nägel sollen nach Hebra bei Arsenikgebrauch schöner und rascher wachsen). Von den verschiedenen Präparaten desselben hat Hebra besonders vier in Anwendung gezogen, die jedoch nach ihm nicht alle gleich gut wirken, wobei ausser der Verschiedenheit der Präparate wohl auch die Verschiedenheit der Individualitäten in Rechnung zu bringen ist.

Am besten ist nach Hebra die Pearson'sche *(Natrum arsen.),* nach ihr die Donavan'sche Lösung *(Hydrojodas Arsen. et Hydrarg.),* geringere Wirkung noch haben die *Pilulae asiaticae (Arsenic. alb.)* und die achwächste soll von der *Solutio Fowleri (Kal. arsenic.)* zu erwarten sein.

Ausser diesen Arsenikpräparaten hat man noch das *Ammon.* und *Ferrum arsenicosum* gegen Psoriasis angewendet; doch habe ich eben so wenig Erfahrung über diese, als wie über den *Syrupus Ammon. subcarbon.* und *Zinc. muriatic.,* die bis und da in Gebrauch gezogen wurden. Jodquecksilberpräparate innerlich und äusserlich haben sich im hiesigen Krankenhaus als unzureichend erwiesen. Neben der Gefährlichkeit hat die Behandlung mit Arsenik noch einen Nachtheil, der besonders bei Psoriasis an Stellen der Haut, die sonst unentblösst getragen werden, unangenehm ist. Es bleiben nämlich an den Stellen, die das Hautleiden occupirt hatte, röthlich braune oder bläulich rothe unvertilgbare Pigmentflecke zurück, so dass der Patient bei Recidiven der Schuppenflecke, noch die Pigmentirungen mit sich herumträgt.

Weit häufiger, schon weil gefahrloser, hat man die Psoriasis mit äusseren Mitteln zu behandeln versucht, und ist man bei consequenter Anwendung der meisten derselben im Stande, diese Krankheit temporär noch sicherer zu beseitigen, als mit den schon angeführten inneren Mitteln. Auch die Dauer der Behandlung ist ungefähr dieselbe, indem bei nur einigermassen ausgebreiteten Fällen die Kurzeit 3 bis 6 Monate erfordern kann.

Einige äussere Mittel dienen bloss dazu, die Haut gegen den Einfluss der Luft u. s. w. zu schützen, oder sie feucht und geschmeidig zu erhalten, wie Collodium und Glycerin, doch ist der damit erzielte Erfolg in der Regel gering oder unbeträchtlich.

Die anderen Externa sind entweder solche, die örtlich durch ihre ätzende Eigenschaft zerstörend oder umstimmend auf die Cutis einwirken, oder den Stoffwechsel in derselben und die Abstossung der Epidermis beschleunigen, oder endlich solche, die durch Resorption von der Haut aus in das Blut aufgenommen werden, und diesem entweder gewisse Stoffe entziehen oder Verbindungen in ihm eingehen, die auf die Ernährungsverhältnisse der Haut einwirken und Heilung des Hautleidens zur Folge haben. Mehrere dieser Mittel verbinden auch wohl eine dieser Wirkungen mit der andern. Die erste Reihe dieser externen Antipsoriaca umfasst eine Menge der verschiedensten Arzneikörper, und kann selbstverständlich bloss bei geringer Ausbreitung dieses Hautübels, also bei kurz bestehender oder bei schon sich involvirender Psoriasis angewendet werden. Man zog entweder Lösungen oder Salben von folgenden Mitteln in Gebrauch: *Kali caustic., Sublim., Protojodureturn* und *Deutojodureturn Hydrargyri, Praecipitatum alb. et rubrum, Hydrargyrum cyanicum* und *jodatum, Zinc. muriatheum, Sulph.* und *Ammonium jodatum,* die *Tinct. jodi* u. s. w.

Nicht weniger gute Erfolge sieht man bei der consequent fortgesetzten Anwendung der feuchten Wärme, je nach der Ausbreitung des Uebels in Form von Cataplasmen, Dampf- oder Wasserbäder, der Schmierseife und Theereinreibungen, sei es nun *Pix liquida, Ol. Busci, Cadini, Naphthalinum.*

Die Gefährlichkeit der inneren, die Unannehmlichkeit der äusseren Methoden, besonders in der Privatpraxis, die lange Dauer beider bei

Digitized by Google

gleicher Unsicherheit gegen Recidive nun hat Dr. Bock, Ordinarius an der Abtheilung für Hautkranke im Nürnberger Krankenhause, veranlasst, ein anderes Verfahren einzuschlagen: Er hatte nämlich die in diesem Spitale durch ihn eingeführten Sublimatbäder (3,0 auf das Bad) gegen syphilitische Formen, auch gegen nicht syphilitische Hautkrankheiten, und besonders auch gegen *Psoriasis non syphilitica* mit bestem Erfolge angewendet. Aufgemuntert dadurch, beschloss er nun noch einen Schritt weiter zu gehen, und die Schmierkur mit *Ung. mercur.* anzuwenden. Ein Verfahren, das mit noch besserem Resultate hinsichtlich der Schnelligkeit der Kur und Hintanhaltung von Recidiven gekrönt wurde, und in praxi privati gewiss leichter als die Schmierseifenkur oder die Theereinreibungen auszuführen ist. Wir wissen zwar, dass die graue Salbe, wie Mercur überhaupt, gar sehr durch nachlässigen Gebrauch in Verruf gekommen ist, möchten aber gerade bei Psoriasis um so unbedenklicher zu diesem Mittel zu greifen rathen, als eben Psoriasisleidende fast ohne Ausnahme sonst gesunde Individuen sind, und auch ausserdem eine gewisse Immunität gegen Mercurialismus zu besitzen scheinen.

Für solche Patienten, die einen gewissen Horror gegen die graue Salbe haben, wird der Arzt leicht durch indifferente färbende Beisätze die Salbe maskiren können; so *Pulv. Cardui benedict.*, Carmin oder Cinnabaris etc.

Seit mehreren Jahren werden nun Psoriasiskranke im hiesigen Krankenhause in der Art behandelt, dass, nachdem gewöhnlich die Haut durch die Schmierkur mit *Sapo viridis* und darauf folgende Bäder von den Schuppen gereinigt und vorbereitet ist, die Kranken sich einen Tag um den andern abwechselnd an der inneren Fläche der Ober- und Unterextremität mit 3ij *Ung. mercur.* einreiben. An den zwischen den Einreibungen liegenden Tagen erhält der Kranke ein warmes Bad, wie bei der kleinen Schmierkur. Daneben mässige Diät, keine Hungerkur, die wohl nächst Verkühlung für das am meisten zur Salivation disponirende Moment zu halten ist.

In einem oder den anderen Falle wurde versuchsweise *Kali arsenicos.* gr. β—j in *Kali jodat.* 3j in 3iv *Aq.* gelöst gegeben, ohne jedoch besondere Beschleunigung der Kur zu bewirken. Bei einem Kranken, bei dem sich nach einer Verkühlung geringe Spuren von Salivation einstellten, benutzte man die Zeit, indem die Schmierkur mit *Sapo viridis* und *Pix liquida* in Anwendung gebracht, und wie bei den syphilitischen Kranken Collyrien aus Alaun in *Inf. Herb. Salviae* oder *Aq. chlorat.* in *Decoct. Althaeae* gegeben wurde. (Von dem gerühmten Jodkali wurde an unseren Kranken nie der geringste Erfolg bei Salivation beobachtet.) Nach 10 Einreibungen und mehreren Bädern konnte die Kur mit *Ung. mercur.* ohne Wiederholung des Mercurialismus fortgesetzt werden; dieselbe Beobachtung, die ich zuweilen bei unseren syphilitischen Kranken zu machen Gelegenheit hatte, dass nämlich, nachdem schon bei dem vierten Sublimatbad oder der vierten Einreibung sich Spuren von Salivation gezeigt hatten, nach Beseitigung dieses Uebelstandes noch 20 Sublimatbäder oder Frictionen ohne den geringsten Nachtheil vertragen werden konnten.

Die Zeit dieser Behandlung beträgt je nach der Ausbreitung und der Dauer der Krankheit 14—60 Tage, in welcher Zeit Fälle, bei denen die Psoriasis sich über den ganzen Körper ausgebreitet hatte, zur Heilung gebracht wurden. Ein Fall von Psoriasis der oberen Extremitäten heilte nach 3 Einreibungen, wobei allerdings die hyperämischen Stellen noch nicht vollständig abgeblasst waren, und wobei eine individuelle Empfänglichkeit für Mercur vorhanden gewesen sein mag.

Leider wurden alle Fälle bis auf einen der weiteren Beobachtung entrückt; dieser eine stellte sich wieder im Spitale, nachdem die Psoriasis nach $\frac{1}{4}$ Jahren im geringen Grade wiedergekommen war. Damit wollen wir jedoch nicht behaupten, dass dieser Kranke der einzige Recidive gewesen. Wir Spitalärzte können zwar sehr leicht statistische Tabellen entwerfen, doch verlieren dieselben bei den erleichterten und gesteigerten Wanderungsverhältnissen gar sehr an Werth für locale Krankheitsverhältnisse; so waren von 12 Psoriasiskranken (7 Männer und 5 Mädchen von 17—29 Jahren) der letzten 2 Jahre kein Einwohner der Stadt, nur einer aus der Umgegend. Somit wäre die Sicherheit dieser Kur vor Recidiven eine sehr problematische, wüssten wir nicht durch die Güte des Hrn. Dr. Bock, dass ihm in seiner ausgedehnten Privatpraxis noch kein Fall von Recidive vorgekommen sei. Aus eben dieser Quelle theilen wir die Bemerkung mit, dass angeerbte Syphilis in keinem Falle mit Gewissheit nachweisbar war, und dass die Kinder von Psoriasiskranken fast durchaus die scrophulöse Diathese an sich trugen, eine Beobachtung, die verfolgt zu werden verdient.

Die Beamter der Hebra'schen Klinik konnten diesen Sommer die Vortheile dieses im Nürnberger Krankenhause angewendeten Verfahrens deutlich sehen, da Prof. Hebra die Güte hatte, auf meinen Vorschlag einzugehen, und von zwei Psoriasiskranken, so weit sie sich unter gleichen Verhältnissen stellten, den einen mit Arsenik, den anderen nach der von mir beschriebenen Extinctionskur zu behandeln. Nicht nur dass der zweite sein Uebel früher verlor, hatte er es auch ohne die lästigen Pigmentflecke verloren, die der erste nach vollendeter Kur zur Schau trug.

Uebrigens hatte Prof. Hebra den zweiten Patienten nicht warm baden lassen, wie es in unserem Krankenhause zur Beschleunigung der Kur geschieht, sondern blass täglich die Einreibungen mit grauer Salbe machen lassen, wodurch allerdings die Vorzüglichkeit dieses Mittels allein um so deutlicher ins Auge springen musste.

Ob eine Beschleunigung der Kur erzielt würde, wenn man täglich warm baden und Abends vor Schlafengehen einreiben und vielleicht noch die Pearson'sche oder Donavan'sche Lösung nehmen lässt, müsste erst durch's Experiment erwiesen werden, und wäre vielleicht ein solches Verfahren des Versuches werth.

Ueber die subcutane Discision der Scheidenhaut des Hodens, als Radical-Operation der Hydrocele.

(Erwiderung an Hrn. Professor Heyfelder in Bezug auf dessen Aufsatz in No. 48 d. Bl.)

von

Dr. J. J. Bühring.

Hr. Prof. Heyfelder macht in No. 48 d. Bl. darauf aufmerksam, dass die von mir zur definitiven Heilung der Wasserbrüche angelegentlich empfohlene subcutane Durchschneidung der Scheidenhaut „bekanntlich" kein neues Verfahren sei, sondern dass bereits Hennemann in Mecklenburg diese Operation geübt und in seiner, bald nach seinem Tode (1843) veröffentlichten Schrift über subcutane Operationen beschrieben habe. Für diese Mittheilung fühle ich mich zu Dank verpflichtet, weil ich dadurch veranlasst ward, mich mit einem interessanten, an eigenen Erfahrungen reichen, wenn auch in einem recht widerwärtigen Styl geschriebenen Beitrag zur Geschichte der subcutanen Operationsweisen bekannt zu machen. Wenn ich mich nun nach Einsicht der Hennemann'schen Schrift bescheiden muss, die nunmehr fast erschöpfend ausgebeutete Methode des Operirens unter der Haut nicht als der Erste auch auf die Scheidenhaut des Hodens übertragen zu haben, so verzichte ich nun zu so freudiger auf die Ehre der Priorität, als Alles, was Hennemann über diese Methode anführt, zu Gunsten derselben spricht und mit meinen Erfahrungen übereinstimmt. Hennemann selbst aber nennt Jobert in Paris als denjenigen, welcher „im Verfolg der Guérin'schen Ideen" die subcutanen Incisionen zuerst zur Radicalkur der Hydrocele angewandt habe. Die Methode wird deshalb vor der Hand auf Jobert's Namen zu taufen sein. — Die Resultate nun, welche Jobert erzielt, sind bereits vor 14 Jahren eben so überraschend günstig gewesen, als ich dieselben in meinem Aufsatze beschrieben habe, weshalb es mir unbegreiflich erscheint, wie diese Operationsweise sich meist schon längst das Bürgerrecht in der Chirurgie erworben, ja wie sie nicht bereits die erste Rangstufe unter den übrigen Heilmethoden der Hydrocele einnimmt. — Die neuesten Lehrbücher der Chirurgie wissen nichts von dieser Operation, ebenso war sie den vielen Aerzten, welchen ich die durch dieselbe erzielten Heilungen vorzuführen Gelegenheit nahm, vollkommen unbekannt. — Deshalb ist Heyfelder's Notiz über den Ursprung der Operation um so dankbarer anzuerkennen, als wir aus derselben erfahren, dass auch er diese Methode angeübt, und dass die von ihm auf diese Weise Operirten gesund blieben und keinen Rückfall in ihr früheres Uebel erlitten. — Wahrhaft zu beklagen erscheint es mir aber, dass der Zufall gerade diese beiden Operationen Heyfelder's von so heftigen Reactionserscheinungen, als „Entzündung des Scrotums, des Hodens und Samenstranges, die sich bis in's Abdomen fortsetzte und beim Scrotum in Eiterung überging", begleitet sein liess, dass er dadurch von der weiteren Prüfung des Verfahrens abgeschreckt wurde. Denn nach meiner, nunmehr zweijährigen gewissenhaften Prüfung dieser Methode, welche mir auch nicht in einem einzigen Falle (ich habe 11 Operationen dieser Art verzeichnet) üble Folgen ergeben hat, kann ich es nur einem unglücklichen Zufall nennen, dass Heyfelder gerade an so vulnerablen Personen operiren musste, welche möglicher Weise auf noch viel leichtere chirurgische Eingriffe in derselben Art reagirt hätten. — Jedenfalls wäre, durch Heyfelder's Autorität getragen, die Operation längst nun ihr gebührenden Geltung gelangt, wenn er bei ihrer Ausübung dasselbe erfahren hätte, was Jobert, Hennemann und ich in der grössten Uebereinstimmung erfuhren.

Jobert vollzog am 22. Juni 1840 an einem gesunden Fuhrherr zuerst diese Operation, und bereits am 1. Juli, also nach 9 Tagen, war es unmöglich, irgend eine Verschiedenheit zwischen beiden Testikeln zu entdecken. „Diese Methode", sagt Jobert, „hat einen prompten Erfolg, und erregt nur während der Operation einigen Schmerz. Sie kennt keine üblen Folgen, selbst keine merkliche Local-

Digitized by Google

reaction. Ihre manuelle Ausführung ist leicht; der Operateur kann die Spitze des Bistouri's mit dem Auge verfolgen und während er durch dieses erkennt, dass die Cutis unzertheilt geblieben, überzeugt ihn sein Gehör, ob er die Scheidenhaut gespalten oder nicht." Nachdem Jobert in weiteren Fällen dieselben günstigen Resultate erzielt hatte, bemerkt der Berichterstatter über diese Operation in der Gazette des Hôpitaux vom 28. Juli 1840 als Ergebniss seiner Betrachtungen: „Wir dürfen als bereits ausgemacht behaupten, dass die geringe Zahl der vorliegenden Beobachtungen sich zu ihren Gunsten erklärt, und was besonders hervorzuheben ist, sie in keiner Art die Gesundheit des Kranken gefährden kann." — Hennemann nun führt drei von ihm unternommene subcutane Discisionen der Scheidenhaut wegen Hydrocele auf. Bei allen dreien erfolgte ohne irgend erhebliche Reactionserscheinungen die Heilung in wenigen Tagen. Sogar ein Sechziger, bei welchem H. die subcutane Durchschneidung mit dem Einbringen und Liegenlassen eines Stäbchens und der Stichwunde complicirte, — liess am 4. Tage, nachdem Abends zuvor das Stäbchen entfernt war, das Lager, am 5. das Haus. „Fünfzehn Monate nach der Operation", schreibt H., hat sich die Scheidenhaut etwa bis zum dritten Theil ihrer vorigen Ausdehnung angefüllt, die nicht weiter zunehmen zu wollen scheint, und der seiner vollen Geschäftsthätigkeit Zurückgegebene denkt kaum mehr an den Quark."

Wenn die Frage über Rückfälle nach chirurgischen Operationen entschieden werden soll, so genügt wohl, denke ich, ein Zeitraum von länger als einem Jahre, um darüber ein annähernd richtiges Urtheil fällen zu können. In Bezug darauf aber, ob die Operation einer Hydrocele eine gelungene zu nennen ist, möchte man schon viel früher Aufschluss erhalten. Denn entweder ist durch den chirurgischen Eingriff der pathologische Secretionstrieb der Scheidenhaut vernichtet, oder er ist es nicht. Im ersten Fall werden nach der Operation die Blätter der *Tunica vaginalis* wieder in Contact treten, im letzteren wird der Absonderungsprocess ungestört seinen Fortgang nehmen, und es wird sich die Scheidenhauthöhle vom Moment der Operation an allmälig wieder füllen, wie das die Regel nach einfachen Punctionen ist.

Damit aber eine Radicalheilung erfolge, ist nun keineswegs — wie dies noch vielfältig und auch von Heyfelder angenommen wird — eine Verödung der Scheidenhöhle, eine Verklebung des äusseren Blattes mit dem Hoden durch festes Exsudat nothwendig, — sondern es wird auch auf anderm Wege eine Heilung herbeigeführt, nämlich durch unmittelbare physiologische Reorganisation. Und dies wäre eigentlich nur eine rechte Heilung, die wahre Restitutio in integrum, während durch die künstliche Verödung im strengsten Sinne nichts geschieht, als dass ein pathologischer Zustand durch einen anderen, freilich unerheblichen, ersetzt wird. — Es kommt also bei Erörterung der Frage über die Vorzüge einer Operationsmethode vor der andern am allerwenigsten auf ein theoretisches Ventiliren des Punktes an: welche von ihnen nämlich im Stande dürfte, am sichersten eine solche entzündliche Reaction auf der Scheidenhautoberfläche hervorzurufen, dass durch plastisches Exsudat eine Verklebung bewirkt werde. — Denn wir sehen erstens ohne jegliche Entzündungserscheinungen spontanes Verschwinden der Hydrocele eintreten; wir sehen zweitens ohne die geringste traumatische Reaction nach einfacher Punction mit Troikart oder Lancette (beim angebornen Wasserbruch so unendlich häufig) — das Uebel für immer verschwinden, und endlich drittens haben wir aus den Sectionen Hutins [1]) ersehen, dass, nachdem in Folge von Jodeinspritzungen die Kranken Decennien lang von ihrem Wasserbruche befreit geblieben waren, sich bei der Autopsie die Blätter der Scheidenhaut vollkommen normal verhielten, und der Hode nirgends mit seiner äusseren Umhüllung adhärent geworden war. — Es kommt lediglich auf zwei Cardinalpunkte an, nämlich praetisch festzustellen: 1) welcher Modus des Operirens am leichtesten, einfachsten und schmerzlosesten (auch in den Nacherscheinungen) sei, dabei aber 2) die grösste Gewähr für eine möglichst dauerhafte Heilung biete. — Nach allen bisherigen Operationsmethoden der Hydrocele traten Recidive ein: nach der einfachen Punction in der Regel immer, — nach der Injection oft, — nach der totalen Spaltung des Scrotums und der Scheidenhaut bisweilen. Was haben dagegen die bisherigen Erfahrungen über die Erfolge nach der Discision der Scheidenhaut gelehrt? — Zählen wir die Operationen, zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Orten ausgeführt, zusammen, nämlich etwa 4 von Jobert, 3 von Hennemann, 2 von Heyfelder und 11 von mir, im Ganzen 20, — so sind zunächst alle (mit Ausnahme eines Hennemann'schen Kranken, wo aber auch nur ein partielles Recidiv eintrat) geheilt, ein Ergebniss, dessen sich wohl selten irgend ein Handeln zur Hebung menschlicher Leiden zu rühmen hat! Wenn es nun auch nicht constatirt ist, ob noch nach Jahren die Jobert'schen Erfolge sich als bleibend herausstellen, so hat doch Hennemann noch 15 Monate nach der Operation keine neue Wasseransammlung gesehen, Heyfelder selbst nach Jahren keine, und seitdem ich die ersten subcutanen Discisionen der Scheidenhaut machte, sind mehr als 2 Jahre verflossen. Keiner meiner Operirten hat bisher einen Rückfall erlitten.

Dies sind doch, denke ich, Thatsachen genug, die der Operation das Wort reden, grosse Heilerfolge nach einem leichten und unbedeutenden chirurgischen Eingriff! — Ich habe in meinem Aufsatz, in No. 44 d. Bl., angeführt, dass ich Wasserbrüche in meiner Wohnung nach dieser Methode operirte, dass die Operirten sofort wieder an ihre Geschäfte gingen und bei der neutralsten, einfachsten Nachbehandlung (Suspensorium und Watte) ihre Hodensäcke in kurzer Zeit zur Norm zurückkehrten. Die Operation ist ja auch ihrem Wesen nach nichts weiter, als eine etwas ausgedehnte Punction. Bei leichten Wasserbrüchen (beim angebornen verfuhr ich immer so) habe ich gar nicht einmal die Scheidenhaut ganz durchschnitten, sondern nur ihre innere Oberfläche leicht mit der Spitze des Sichelmessers geritzt, scarificirt, und der Wasserbruch blieb, ohne dass sich irgendwo nachtliche Reactionserscheinungen gezeigt hätten, verschwunden.

Wer wollte nun aber überhaupt, wenn ihm wirklich nach einer Operation ein zweijähriger Zeitraum vollkommener Gesundheit nicht genügt, um ihn von deren Vortrefflichkeit zu überzeugen, in scrupulöser Bedenklichkeit so weit gehen, ihr die „Möglichkeit" von Recidiven vorzuwerfen. Ist denn bei der Hydrocele, namentlich im Hinblick auf unsere einfache Operation, ein Rückfall überhaupt etwas Bedenkliches oder Schlimmes? Es scheint mir gerade sehr weise von der Natur eingerichtet zu sein, dass alle Wasserbruchoperationen Recidive zulassen, denn hier zeigt sie mit sicherer Hand, wie weit wir es wagen dürfen, ihre Abirrungen ungestraft zu verbessern. — Einem robusten, noch blühend aussehenden Siebziger voller Leben und Humor muss ich regelmässig einmal im Jahr (gewöhnlich am gleichen Datum, den 5. Mai) seinen kindskopfgrossen linksseitigen Wasserbruch puncturen. Seit 6 Jahren, wo er von mir punctirt wird, so wie früher seit 10 Jahren, in welchem Zeitraum mein verstorbener Onkel Dieffenbach ihn ebenso behandelte, hat sich der klare Inhalt der Hydrocele in keiner Weise verändert, — ebenso sammelt sich immer in dem genannten Zeitraum dieselbe Wassermenge wieder an. Die Scheidenhaut und der Hode scheint nicht degenerirt zu wollen, — noch jugendliche Kraft fühlenden Herrn „radical" operiren, so wären die folgenden siebenziger Jahre, in denen der Mensch, wie man sagt, über den Berg ist, wohl für ihn verloren.

So viel über die Recidivfrage. Es bleibt mir noch Einiges über die Reactionserscheinungen nach vollzogener Operation zu sagen.

Die unterhäutigen Operationen, deren es bereits so viele und mannigfaltige giebt, dass sich mit Recht von einer „subcutanen Chirurgie" sprechen lässt, — zeichnen sich bekanntlich darin aus, dass die durch sie gesetzten Verwundungen meistens ohne entzündliche Reaction zur Heilung gelangen. — Heyfelder selbst führt in seinem Aufsatze an, dass er umfangreiche Ueberheine seit Jahren auf dem Wege der subcutanen Discision operirt, niemals üble Erscheinungen darnach wahrgenommen und hier immer bleibende Heilerfolge erzielt habe. [1]) Ich habe vielfach verschiedene Arten von Balggeschwülsten auf diese Weise operirt, — am häufigsten das *Hygroma patellae*, bei welchem letzteren namentlich immer in wenigen Tagen der Erfolg vollständig gesichert war. — Noch in jüngster Zeit discidirte ich subcutan den Balg einer gänseeigrossen Colloidcyste der Schilddrüse in der Art, dass ich ein Sichelmesser an der ablutingsten Stelle des Kropfes einstach, dasselbe mit gegen die vordere Wand der Cyste gerichteter Schneide nach oben hinaufführte, und dann, vermittelst des Daumens die äusseren Bedeckungen gegen die Messerspitze andrückend, die Balgmembran in wiederholten Zügen von oben nach unten durchschnitt, wobei der Cysteninhalt allmälig während der Dauer der Operation entleert wurde. — Bei einfacher Nachbehandlung: leichte Compression vermittelst dick aufgelegter Watte und Anlegung einer Halsbinde, — gelang die Heilung, freilich erst nach längerer Zeit (nach 8 Wochen), da sich die Stichwunde nicht sofort schloss, sondern während der angegebenen Zeit ununterbrochen Anfangs eine jauchige dünne Flüssigkeit, später consistenter Eiter entleert wurde, dessen Abfluss durch einfache Compression erleichtert ward.

Nach der Operation der Hydrocele auf dem Wege der subcutanen Discision heilte dagegen immer die kleine Einstichswunde per primam intentionem, wie das auch in Folge der mächtigen Contractilität der Scrotalhaut als physiologische Nothwendigkeit erscheint. — Diese intensive Einrunzelung des Hodensacks nach seiner Erspannung ist nun auch eines der wichtigsten Momente für die Annäherung des äusseren Scheidenhautblattes an den Hoden, sie bietet gleichsam einen organischen Druckverband, welche die Erfolge der Operation namentlich der unterhäutigen

[1]) Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la guérison radicale de l'hydrocèle vaginale. Bericht der Acad. de Méd. Tome XVIII.

[1]) Diese subcutane Discision der Ueberheine zeichnet sich also durch ihre sicheren Heilerfolge wesentlich vor der Zersprengung derselben durch Schlag oder Druck aus, da nach letzterem Verfahren in der Regel sehr bald Recidive einzutreten pflegen.

Digitized by Google

Durchschneidung des Balgkropfes gegenüber so sicher erscheinen lassen. Denn diese hat mit einer gerade feindlich entgegengesetzten Tendenz der Halshaut zu kämpfen, nämlich mit der Neigung der letzteren, sich brückenförmig über die Zellgewebsinterstitien der schlanken Halsmuskel hinüberzuspannen, und an Hohlräume zu bilden. — Während ich daher weit davon entfernt bin, nach meinen bisherigen Erfahrungen die subcutane Discision bei *Struma cystica* als die beste Heilmethode derselben zu empfehlen, muss ich ihr bei der Hydrocele, ich wiederhole es, unbedingt die erste Stelle einräumen.

Ueber methodische Erweiterung der Harnröhren-Verengerungen.

Von

Professor Dr. A. Burow,

Director des Königl. chirurgischen Poliklinicums der Universität Königsberg.

Vor einer Reihe von Jahren habe ich in der Casper'schen Wochenschrift einen Aufsatz über Behandlung von Harnröhren-Verengerungen veröffentlicht, in welchem ich 12 durch die von mir eingeschlagene Methode geheilte Fälle der Oeffentlichkeit übergab. Ich glaube damals der guten Sache, für die ich wirken wollte, einen wesentlichen Schaden durch die unglücklich gewählte Ueberschrift: „Ueber forcirten Katheterismus" zugefügt zu haben, und sehe mich jetzt, nachdem fortgesetzte Beobachtung und die fast immer mit glücklichem Erfolge gekrönte Operationsmethode mir den Werth derselben aufs Bestimmteste gezeigt haben, dazu bewogen, die Aufmerksamkeit des wissenschaftlichen Publicums noch einmal auf den Gegenstand hinzulenken. Ich bin nicht im Stande, die einzelnen Fälle, welche mir seit jener Zeit zur Behandlung gekommen (es sind der Zahl nach 67), speciell vorzuführen, da mir darüber Notizen fehlen; — es scheint mir das auch vollkommen überflüssig; — von einer grösseren Bedeutung dürfte vielleicht aber die Erwähnung einzelner Beobachtungen sein, in welchen es mir gelang, durch mein Verfahren sofort zu einem glücklichen Resultate zu gelangen, nachdem es anderen als ausgezeichnete Chirurgen mir hinlänglich bekannten Collegen nicht gelungen war, bei vorhandener Harnverhaltung trotz vielfacher Bemühungen mit dem Katheter in die Harnblase zu gelangen.

Es liegen mir aber 5 derartige Fälle vor, deren ich, ehe ich auf die Besprechung meines Verfahrens noch einmal ausführlich zurückkomme, hier mit wenigen Worten Erwähnung thun will.

v. B., im Anfange der siebeniger Jahre, ein Greis von sonst vortrefflicher Constitution, hatte, nachdem er lange Zeit an Urinbeschwerden gelitten, vor 2 Jahren eine Harnverhaltung. Die ihn behandelnden Aerzte vermochten es nach vielfältigen Versuchen nicht, durch die verengerte Stelle der Harnröhre hindurch den Katheter in die Harnblase zu führen. Als ich hinzugezogen wurde, stand der Grund derselben bereits in der Höhe des Nabels, und unfehlbar hätte der Blasenstich gemacht werden müssen, wenn es mir nicht sofort gelungen wäre, die Stricture zu überwinden. Der Kranke entleerte von dem Augenblicke an etwas Urin, auch ohne Hülfe des Katheters; indessen wurde noch 10 Tage hinter einander täglich einmal das Instrument beigebracht. Als ich mich bei der letzten Operation davon überzeugt hatte, dass bei der willkürlichen Entleerung der Blase kein Harn mehr in ihr zurückgeblieben war, entliess ich den Kranken. Erst nach einem Jahre trat, nachdem nach ununterbrochenem Wohlbefinden in der letzten Zeit der Urinstrahl allmälig dünner geworden war, eine wirkliche Harnverhaltung wieder ein. Ehe ich zu den Patienten, der 4 Meilen von hier entfernt wohnt, hinzukommen konnte, hatte die Blase sich unter den heftigsten Schmerzen mehr als handbreit über den Schoossbogen erhoben. Auch dieses Mal glückte mir sofort die Einführung des Katheters, und ich behielt nun den Patienten so lange unter meiner Aufsicht, bis er selbst im Stande war, das Instrument sich beizubringen. Noch jetzt verrichtet er alle 4—6 Wochen die Operation an sich selbst, um sich zu überzeugen, dass sich nicht eine neue Verengerung an der Stelle der Stricture vorbereite. —

v. S., Major a. D., mehr als 70 Jahre alt, ein Mann von früher kräftiger Constitution, war vor etwa 3 Jahren bereits so hinfällig, dass er schon seit Monaten nicht mehr das Zimmer, und das Bett nur für kurze Zeit verliess. Patient war, nachdem er Jahre lang schon nur sehr mühselig hatte Urin lassen können, seit 36 Stunden von einer Harnverhaltung befallen, während welcher Zeit zwei meiner Collegen sich vergeblich bemüht hatten, den Katheter einzulegen. Auch dieses Mal gelang mir die Application desselben sofort. Der weitere Verlauf war dem in dem erstbeschriebenen Falle vollkommen gleich; auch hier kam es zu einem Recidive, nur dass dasselbe etwas später, etwa erst nach $1\frac{1}{4}$ Jahren, eintrat. Auch dieses Mal wurde die Krankheit in derselben Art leicht überwunden. Patient war zu unbeholfen, als dass er die Application des Katheters an sich selbst hätte erlernen können. Ich habe 4 Wochen lang anfangs täglich, späterhin in allmälig grösseren Zwischenräumen, ihn katheterisirt, bis der Urinstrahl die normale Dicke hatte und die Blase beim Harnlassen sich vollkommen entleerte. Der Kranke blieb bis zu seinem Ende, das unter anderweitigen Erscheinungen vor Jahresfrist etwa erfolgte, frei von Urinbeschwerden. —

Der dritte Fall betrifft sich auf einen Hrn. Stadtrath A., der seit seinen Jünglingsjahren ununterbrochen an Schwierigkeiten beim Harnlassen gelitten, und nach seiner Versicherung nie anders als mit einem sehr dünnen, energielosen und oftmals unterbrochenen Strahl den Harn entleert hatte. Als ich vor einigen Monaten zu seiner Behandlung hinzugezogen wurde, hatte die Harnverhaltung bereits zwei Mal 24 Stunden angedauert; der Blasengrund stand kaum zwei Finger breit unter dem Nabel, und Aller Versuche, den Katheter beizubringen, waren gescheitert. Auch dieses Mal gelang mir die Application desselben sofort, die weitere Behandlung hatte nichts Ungewöhnliches; der Katheter wurde anfangs täglich, späterhin in immer grösseren Zwischenräumen beigebracht, und ich trat aus der Behandlung erst aus, als Patient die Handhabung des Instruments bei sich selbst erlernt hatte. —

Der vierte Fall ist mir der bei Weitem interessanteste und wichtigste, obgleich es hier zu keiner besonderen Harnverhaltung gekommen war, und der Kranke, der seit längerer Zeit die furchtbarsten Qualen gelitten hatte, mir von einem meiner Herren Collegen, den ich für ein glänzendes operatives Talent halte, und der wochenlang vergebliche Versuche des Katheterismus gemacht, übergeben war, um an ihm Heilversuche anzustellen. Ich habe am 10. August d. J. in dem von mir geleiteten Policlinicum den Kranken zum ersten Male katheterisirt, und in Gegenwart einer grossen Zahl meiner Zuhörer die vorhandenen Stricturen sogleich überwunden. Patient lässt seit jenem Tage den Urin mit einem Strahl, wie er ihn seit Jahren bei sich nicht beobachtet hat, ist nicht einen Tag genöthigt gewesen, seine anstrengende Arbeit als Schlosser in einer Maschinenbauanstalt aufzugeben, und erscheint wöchentlich noch zwei Mal in meinem Policlinicum, um sich den Katheter einlegen zu lassen. Seit der ersten Application fühlt er sich von allen seinen früheren Leiden vollkommen befreit. —

Der fünfte Fall ist der ganz letzten Zeit. Ich habe ihn noch einen fünfen Fall beobachtet, in dem zwei Aerzte, die durch ihre ausgebreitete chirurgische Thätigkeit sich Anerkennung gesichert haben, eine Harnröhren-Verengerung bei wiederholten Versuchen nicht zu überwinden vermocht hatten, während ich beim ersten Versuche in die Blase gelangte. Es betraf derselbe einen Kranken im Memeler Kreislazarethe, an dem ich die Operation gerade an dem Morgen des Tages auf Aufforderung meiner Collegen ausführte, an dem die Stadt ein Raub der Flammen wurde. —

Es war in diesen 5 verschiedenen Fällen 8 als Chirurgen geachteten Collegen nicht gelungen, die Stricturen zu überwinden, über die ich sofort Herr wurde, und ich glaube daher aus diesen wenigen Beobachtungen mit grösserem Rechte auf die Bedeutsamkeit des von mir geübten Verfahrens schliessen zu dürfen, als aus 60 anderen Fällen, in denen ich Harnröhren-Verengerungen beseitigt habe, bei Individuen, bei denen entweder früher gar keine, oder wenigstens eine sehr unvollkommene und unpassende Behandlung stattgefunden hatte.

Es sei mir demnächst nun erlaubt, dieses mein Verfahren näher zu beschreiben. Es scheint mir das um so mehr nothwendig, als die Erfahrung mich dazu bestimmt hat, einige Modificationen in demselben vorzunehmen, und ich auch jetzt eigentlich erst mit der Einzelnheiten der Technescismen vollkommen bewusst bin. Das Instrument, dessen ich mich in allen Fällen bediene, ist ein gerader silberner Katheter von 10 Zoll Länge und $6\frac{1}{2}$ Linien Umfang. Es kommt wenig auf die Dicke an, indessen ist es aus allbekannten Gründen nicht zweckmässig, sich viel dünnerer Instrumente zu bedienen. Die Ohren des Katheters liegen nach der Länge des Instruments, sind nur $\frac{1}{4}$ Linie breit, 4 Linien lang, und müssen wenigstens $\frac{1}{4}$ Zoll von der Spitze entfernt sein. Die Spitze des Katheters darf nicht zu stumpf abgerundet, aber auch nicht zu schlank auslaufend sein, so dass sie im Durchschnitt nicht eine Kreisabschnitt, sondern eine etwa wie die Spitze einer Ellipse erscheint.

Die Anwendung der Bleibougies habe ich verworfen, weil sie einerseits schlaff sind, wenn man sie von weit dickerem Kaliber wählt, in den Fällen, die eine sehr grosse Kraftanwendung erfordern, nicht resistent genug sind, und sich während der Operation verbiegen, andererseits der Gebrauch des Katheters den doppelten Vorzug gewährt, dass man, so wie derselbe in die Blase gelangt, durch den Abfluss des Harns sogleich davon überzeugt wird, man sei weit genug und auf dem richtigen Wege vorgedrungen, gleichzeitig aber durch die Entleerung der Blase in denjenigen Fällen, in denen es bereits zur Harnverhaltung gekommen war, die erste Heilanzeige sofort erfüllt.

Ein anderer als ein gerader Katheter kann zu meinem Verfahren unter keinen Umständen benutzt werden, da selbst in den gelindesten Fällen die zur Ueberwindung der Verengerung nothwendige Kraft so gross ist, dass die festesten Instrumente verbogen, leichtere in der

Digitized by Google

Harnröhre möglicher Weise zerbrochen werden müssten, abgesehen davon, dass man bei einem gekrümmten Instrumente niemals mit Sicherheit wissen kann, in welcher Richtung man vorgeht. Die Operation selbst kann nur ausgeführt werden, indem der Kranke steht. Individuen, welche zu schwach sind, müssen unter den Armen unterstützt und gehalten werden. Der Patient stellt sich gegen eine Wand, oder besser noch, damit die Gehilfen von der Seite und gleichzeitig von hinten ihn unterstützen können, gegen die Ecke eines Ofens oder eines Schreins. Man ersucht ihn (wozu die Kranken immer eine entschiedene Neigung haben), die Gegend der Lendenwirbel nicht einzubiegen, sondern nach hinten hinauszudrängen, so dass sie die Fläche, gegen die der Kranke sich stützt, berühre. Es wird dadurch der vordere Theil des Beckens etwas gehoben, und der Winkel, welchen die Schamfuge gegen den Verticalebenen bildet, etwas verkleinert. Die Füsse des Patienten stehen etwas nach aussen gerichtet, die Fersen 12—15 Zoll von einander entfernt, und etwa eben so weit von der unterstützenden Wand ab. Nachdem der Kranke diese Stellung eingenommen, die er möglichst unverändert bis zur Vollendung der Operation beizubehalten hat, umfasst der Operateur den Penis mit der linken Hand, so dass der Daumen auf den Rücken hinter der Eichel die drei nächsten Finger auf der entgegengesetzten Seite länge dem schwammigen Körper der Harnröhre liegen, während der kleine Finger in einer Absicht, die ich später noch näher auseinandersetzen werde, mit der Spitze nach unten herabgestellt wird. Die rechte Hand umfasst den geraden Katheter an seinem unteren Ende in der Art, dass der Daumen dem Zeige- und Mittelfinger gegenübergestellt wird, der kleine Finger die untere Oeffnung des Katheters verschliesst (damit den Augenblick, wo der Katheter in die Harnblase eindringt, der Urin nicht sofort abfliesse), während der vierte Finger, sobald der Katheter weit genug eingeführt ist, sich so stellt, dass seine Spitze sich gegen die Spitze des nach unten gerichteten kleinen Fingers der linken Hand anlehnt. Es hat das den Zweck, dass, wenn man zur Ueberwindung des Widerstandes, den die verengerte Stelle darbietet, eine sehr bedeutende Kraftanstrengung gebraucht, im Augenblicke da das Instrument durch die verengerte Stelle hindurchgleitet, die rechte Hand sofort einen Gegendruck in dem unterstützenden Finger der Linken finde, damit die Katheterspitze nicht unwillkürlich, und weiter als man es beabsichtigt, vorgeschoben werden könne. Ich habe es nämlich aus Erfahrung erkannt, wie schwer es ist, dieses plötzliche und unwillkürliche Weitervordringen des Katheters zu vermeiden, wenn nach Ueberwindung und Durchreissung der Strictur der frühere Widerstand, plötzlich aber der rechten Hand genommen ist.

Die Einführung des Katheters geschieht in folgender Weise:

Der Penis wird mit der linken Hand mässig angezogen, während er etwa in horizontale Richtung gestellt ist, und der Katheter nun wohl meist ohne alle Schwierigkeit in eben dieser Richtung bis unter den Winkel des Schambogens vorgeschoben. Verengerungen, welche auf diesem Wege liegen, werden immer mit der allergeringsten Schwierigkeit und stets durch einen leichten Druck überwunden. Sie kommen wenigstens bei uns hier im Ganzen nur selten vor; ich habe sie nie als alleinige Ursache des gehinderten Harnabgangs, sondern stets nur als unwesentliche Begleiter festerer und höherliegender Verengerungen beobachtet. Hat die Spitze des Katheters bei einer horizontalen Stellung des Penis die Umbiegungsstelle der Harnröhre hinter dem unteren Rande der Schambeinverbindung erreicht, so findet er hier selbst bei einer normalen und nicht verengerten Harnröhre einen Widerstand. Wo keine Strictur vorhanden, ist es nur nöthig, den Penis mit dem eingeführten Katheter bei einem ununterbrochenen gleichmässigen Drucke der rechten Hand nach oben und einem entsprechenden Zuge der Linken nach unten, um diesen Punkt des Widerstandes in der Ebene der weissen Linie so weit herabzudrücken, dass das Instrument die senkrechte Stellung erreicht; es wird dann dasselbe ohne alle Schwierigkeit in die Blase hineingleiten.

Anders ist es in denjenigen Fällen, in welchen Harnröhren-Verengerungen vorhanden sind. Es beginnen dieselben gewöhnlich schon kurz vor der oben erwähnten Umbiegungsstelle, und haben in den verschiedenen Fällen bei sehr verschiedenem Grade von Festigkeit eine sehr variable Länge. Oft nehmen sie den ganzen Raum von der oben erwähnten Stelle bis zum Blasenhalse ein, sind aber von so geringer Festigkeit, dass sie sich schon bei dem ersten Operationsversuche ihrer ganzen Länge nach überwinden lassen. In anderen Fällen sind sie überaus fest, erfordern eine sehr bedeutende Kraftanstrengung, ehe sie durchrissen werden, sind aber nur gleichsam feste häutige Gebilde, und machen ein sofortiges Eingehen in die Blase möglich, so wie sie überwunden sind. Die schwierigsten Fälle sind natürlich diejenigen, in denen sehr feste Verwachsungen in einer grösseren Strecke sich ausgebildet haben. Solche Fälle sind mitunter so hartnäckig, dass sie erst nach dem zehnten bis zwölften Operationsversuche ein Eindringen des Katheters in die Blase möglich machen. Ich erinnere mich aber keines Falles, in welchem derartige feste Stricturen länger als $^3/_4$ Zoll gewesen wären. Es sei mir erlaubt, hier gleich folgende Bemerkung einfliessen zu lassen. Gelingt es nicht, bei dem ersten Versuche in die Blase zu gelangen, so ist es zweckmässig, wenn nicht Gefahr im Verzuge ist, die Zeitunterwalle zwischen den einzelnen Operationen je nach der Zahl derselben immer weiter auseinanderzulegen. Man kann zwar den zweiten Operationsversuch an dem nächstfolgenden Tage machen, bei dem dritten und vierten gönne man dem Kranken aber einen dazwischenliegenden freien, beim fünften und sechsten zwei, bei den späteren drei freie Tage. Natürlich gilt diese Angabe nur für diejenigen Fälle, in welchen diese Operation nicht durch eine bereits entstandene vollständige Harnverhaltung angezeigt ist. Unter solchen Umständen wird es zuweilen nöthig sein, den Katheter innerhalb 24 Stunden 4—6 Mal, vielleicht noch öfter, einzuführen; allerdings wirkt dem Operateur alsdann nach von der entgegengesetzten Seite der Druck, den die krampfhaft sich zusammenziehende Blase auf die eingeschlossene Urinmasse ausübt, hülfreich entgegen, und mit Ausnahme eines einzigen Falles, in welchem durch vielfachen Missbrauch des Katheters die Application überhaupt nicht gelang, und ich mich zum Blasenstich entschliessen musste, bin ich spätestens beim vierten, einmal nur erst beim sechsten Versuche in die Blase gelangt.

Ergiebt die Untersuchung das Vorhandensein einer Strictur, — und man kann sich von demselben überzeugt halten, sobald bei der oben angegebenen Manipulation der Katheter nicht in die Blase hineingleitet — so verfährt man in folgender Weise: Indem man den vierten Finger der rechten gegen den kleinen Finger der linken Hand anstemmt (und es ist das, sobald das Instrument so tief hineingebracht ist, leicht möglich), führt man mit der Axendrehung des Katheters in der Ebene der weissen Linie und mit dem Stützpunkt seiner Spitze noch so weit fort, bis das Instrument in einer Richtung liegt, welche der Verlängerung der Schambeinfuge entspricht. Bei dieser letzten Bedingung muss sowohl der Penis ungleich fester angezogen, als auch der Katheter mit einer entsprechend stärkeren Gewalt vorgeschoben werden. Geschieht das nicht, so gleitet die Spitze mit einem fühlbaren Ruck über den hinteren unteren Rand der Schambeinfuge nach vorn, und stemmt sich gegen den unteren Rand des Schambeinwinkels fest. Bemerkt man, dass der Katheter diese Bewegung gemacht, und also eine Stellung eingenommen hat, in der er durch keine Gewalt weiter vorgeschoben werden kann, so zieht man ihn etwas zurück und bringt die Hände wieder in die frühere Stellung, in welcher Penis und Katheter horizontal stehen, schiebt das Instrument mit einem leichten Druck der rechten Hand wieder vor, und bringt es durch eine Drehung um seine Spitze auf's Neue in die beabsichtigte Lage.

Hat das Instrument die oben bezeichnete Stellung eingenommen, so wird es so stehen, dass eine Linie, die man sich in der Verlängerung desselben gezogen denkt, den Fussboden 1—$1^1/_2$ Fuss hinter den Fersen des Kranken treffen dürfte. Wendet man in dieser Richtung selbst einen beträchtlichen Druck der rechten Hand nach oben an, um die Verengerungen zu durchbrechen, während der Zug des Penis mit der linken in einer entsprechenden, aber keineswegs in demselben Grade sich steigernden Kraft vermehrt wird, so kann meiner Ueberzeugung nach niemals eine Gefahr bringende Verletzung der Harnröhre und der benachbarten Weichtheile herbeigeführt werden, da die Spitze des Katheters immer an der hinteren Wand der Schambeinfuge verbleibt, und hier eben keine Organe liegen, deren Irritation bedenkliche Folgen haben könnte. Selbst wenn man eine grössere Gewalt anwendet, gelingt es keineswegs immer (wenn allerdings auch grösstentheils), bei dem ersten Versuche sich sofort Eingang in die verengerte Stelle zu schaffen. Ist der Katheter, wenn auch nur eine Linie weit, eingedrungen, so überzeugt man sich davon auf's Leichteste dadurch, dass er, wenn man die Hände loslässt, nicht aus der Urethra herausfällt, sondern fest eingeklemmt erscheint, und bei dem Versuche, ihn zu entfernen, mehr oder weniger Widerstand darbietet. Je weniger es gelungen ist, in die Strictur einzudringen, in um so kürzeren Zwischenräumen darf man die Operationsversuche erneuern.

Findet der Katheter keinen Eingang in die Strictur, — selbst bei wiederholten Versuchen — so pflege ich nach einer, von mir früher in diesem Journale veröffentlichten Methode Abdrücke der verengten Stelle mittelst Gutta-percha-Bougies zu nehmen, deren vorderes Ende in heissem Wasser kurz zuvor erweicht ist. Diese Abdrücke geben das instructivste Bild der verengerten Stelle, zeigen nach welcher Richtung hin der noch wegsame Theil der Harnröhre liegt, und wohin man also durch methodischen Druck die Spitze des Katheters zu lenken habe. Ich fand vor nicht langer Zeit diese Methode irgendwo kurz abgefertigt und verworfen, wegen der möglichen Gefahr, dass das Gutta-percha-Bougie brüchig geworden sei und in der Harnröhre abbreche. In Bezug hierauf sei es mir erlaubt zu erwähnen, dass neu bereitete Gutta-percha-Bougies nicht nur niemals brüchig sind, sondern sogar eine grössere Festigkeit besitzen, als irgend welche andere Instrumente ähnlicher Art,

Digitized by Google

dass die Brüchigkeit erst später nach längerem Liegen, und namentlich nach wiederholtem Gebrauche eintritt, und dass man sich äusserdem auf's Leichteste von dieser etwa bereits eingetretenen Veränderung des Materials durch eine einfache Untersuchung vor der Anwendung des Instruments überzeugen kann, die immer zum sichersten Resultate führen wird, und deren Unterlassung jedenfalls für eine grobe Fahrlässigkeit gehalten werden muss. Zudem kann es für keine erhebliche Unbequemlichkeit gehalten werden, wenn man bei so schwierigen Krankheitsfällen sich die Mühe machen wollte, zu dem jedesmal zu nehmenden Abdruck ein Stückchen Gutta percha zu einem Bougie auf einem polirten Tische auszurollen.

Auf die Frage, wie gross die Kraft sei, die man ohne Gefahr anwenden könne, glaube ich bemerken zu dürfen, dass, wenn man nur sonst keine Fehler in den Technicismen macht, Niemand wohl bei seinen ersten Versuchen zu weit gehen dürfte, vielmehr bei weiteren Beobachtungen die Ueberzeugung gewinnen wird, dass die nöthige und erlaubte Kraft eine bei Weitem grössere sei, als ec es im Anfange geglaubt. Es wird das vielleicht aus folgender Bemerkung ungefähr wenigstens erhellen: kein gebogener Katheter, und wäre er noch so fest und massiv gearbeitet, würde bei dem in den meisten Fällen nöthigen Druck unverlogen bleiben und überhaupt zum Ziele führen, ob die Kraft, die ein Vorbringen seiner Spitze möglich macht, immer mehr oder weniger senkrecht gegen die Längenaxe des Instrumentes wirken müssste, — und dieser Umstand ist es eben, welcher den Gebrauch des geraden Katheters unumgänglich nothwendig macht.

Besondere Schwierigkeiten gewähren natürlich diejenigen Fälle (und dies sind leider nicht seltene), in welchen durch unzweckmässige Anwendung von Darmsaiten, Bougies und elastischen Kathetern falsche Wege gemacht sind. Selten wird durch solche Behandlungsweisen direct ein beträchtlicher Schaden zugefügt. Ich habe sogar einen Fall beobachtet, in welchem Darmsaiten so lange bohrend in die Harnröhre eingeführt waren, bis der Patient mich die Spitze derselben mit dem Finger aus der Afteröffnung herausholte. Er hatte dadurch sonst weitec keine Unannehmlichkeit erlitten, und doppelt interessant war mir der Fall dadurch, dass dieser Kranke nebenbei gar keine Harnröhren-Verengerungen hatte, auf die von Seiten seines Arztes die Behandlung eingeleitet war, und schon bei der ersten Untersuchung es gelang, meinen stärksten Katheter von 9 Linien Umfang mit Leichtigkeit in die Blase einzuführen. In solchen Fällen gelingt es aus bekannten Gründen am sichersten noch, die falschen Wege zu vermeiden, wenn man das Instrument so dick wählt, als es der Engang in die Harnröhre immer nur gestattet.

Ich habe oben bereits erwähnt, dass es mir nur in zwei Fällen in meiner 20jährigen Praxis nicht gelungen ist, mit dem Katheter auf die eben beschriebene Weise die Verengerung zu überwinden und in die Harnblase zu gelangen. In einem dieser Fälle war eine das Leben bedrohende Harnverhaltung eingetreten; ich musste mich entschliessen, den Harnblasenstich über der Schambeinfuge mit dem Zaug'schen Instrument auszuführen. Es gelang später, und zwar nachdem Patient die Cantile etwa 4 Wochen lang getragen, die Harnröhre wegsam zu machen, den Ausfluss des Urins auf dem normalen Wege zu erzielen und den Kranken vollständig wiederherzustellen.

Die Beobachtung dieses Kranken hat mich auf einige Unvollkommenheiten des oben erwähnten Instrumentes aufmerksam gemacht, und erlaube ich mir deshalb auf einige kleine Veränderungen aufmerksam zu machen, die mich die bei dieser Gelegenheit gemachte Erfahrung lehrte, und die demselben wesentliche Erleichterungen bei seinem qualvollen Zustande gewähren.

Es ist erstens lästig unbequem, dass die zweite innere Cantile weit über die tellerförmige Fläche der ersten oder äussern hervorragt. Sobald der Kranke sich ankleidet, wird ein fortwährender Reiz durch den Druck selbst weiter Beinkleider auf die Wunde, und mittelbar auf die innere Blasenwand hervorgebracht, da bei jeder Bewegung des Körpers das Instrument nothwendigerweise mitbewegt werden muss. Ich habe deshalb diese Cantile nur etwa 2 Linien über die äussere hervorragen lassen, und an dieser kurzen Hervorragung einen Gummischlauch von 2 Zoll Länge befestigt, an dessen vorderem Ende ein kleiner Silberring von entsprechender Weite festgebunden ist, der mittelst eines Pfropfens verschlossen werden kann. Diese Gummiröhre kann seitlich oder nach oben angelegt werden, gewährt den Vortheil, dass sie den Bewegungen der Kleider nachgiebt, und bietet äusserdem die Bequemlichkeit, dass sie wie der Penis in ein vorgehaltenes Gefäss hineingelegt werden kann, sobald der Kranke die Absicht hat, die Blase zu entleeren.

Eine andere Schwierigkeit bietet die bequeme Befestigung des tellerförmigen Ansatzes der äusseren Canüle an den Bauchwandungen. Ich habe hierbei folgende Methode als die bequemste befunden. An jeder Seite des Tellers wird ein etwa fingerbreiter und 3 Zoll langer Streifen von vulcanisirtem Gummi angebracht, an dessen Ende senkrecht gegen die Länge des Streifens kleine Röhren verfestigt sind, die man ganz einfach aus Federkielen schneidet und durch das umgeschlagene und festgeklebte Ende des Gummistreifens verfestigt. Demnächst legt man über den Rücken des Kranken, an der Steile, wo die Feder eine Bruchbandes liegt, einen Heftpflasterstreifen von etwa zwei Finger Breite, der an jeder Seite nach vorne hin bis in die Gegend der vorderen oberen Spina reicht und hier in zwei Bändern endigt. Diese Bänder werden durch die Cylinder an den Gummistreifen hindurchgeführt, zugebunden und so dem Instrumente die nöthige Festigkeit gegeben. Die Nachgiebigkeit des Gummi bedingt es, dass bei verschiedenen Bewegungen die Canüle in der Wunde nicht hin- und hergezerrt werde. Bei rauharer Haut, welche die Anwendung des Pflasters, das, beiläufig gesagt, nur alle 6—8 Tage gewechselt werden darf, nicht verträgt, kann man die Befestigung eines entsprechenden Leinwandstreifens gegen die Haut eben so vortheilhaft durch Bepinseln mit Collodium erzielen.

Möge man diese Mittheilung nicht als eine minutiöse Kleinigkeitskrämerei belächlen; wer in seiner Praxis Gelegenheit gehabt hat, des qualvollen Zustand ähnlich leidender Kranker zu beobachten, wird jede Erleichterung, die man ihnen in ihren Schmerzen zu gewähren im Stande ist, willkommen heissen.

Der zweite Fall, in dem es mir nicht gelang, bei Versuchen, die ich mehrere Male hintereinander fast täglich anstellte, in die Blase, ja selbst nicht einmal in den Eingang der Strictur zu gelangen, betrifft einen jungen Mann, bei dem übrigens die Harnescretion zwar mit Beschwerden, aber immer doch bis zur vollständigen Entleerung der Blase fortbestand. Der kranke entzog sich meiner weiteren Behandlung, ehe ich, wie gesagt, irgend welchen Erfolg erlangt hatte. Ich habe indessen gehört, dass er später, ohne irgend welche Anwendung von Kunsthülfe, vollständig genesen sei und den Harn mit kräftigem Strahle entleere.

Schliesslich sei es mir nun noch erlaubt, einen Fall zu erwähnen, der leider einen tödtlichen Ausgang hatte, und in dem die in Rede stehende Operation wenigstens mittelbar als Ursache des unglücklichen Ausganges angesehen werden kann. Es betraf derselbe einen jungen kräftigen Mann, der seit Jahren in Folge eines vernachlässigten Trippers an Stricturen gelitten, und der nach dem ersten sogleich gelungenen Versuche den Katheter einzuführen in der Freude seines Herzens etwa 2 Flaschen schweren Weines getrunken hatte. Drei Stunden später war die Blase bis unter dem Schoossbogen aufgetrieben, und der Kranke konnte unter dem heftigsten Drängen und lebhaften Schmerzen in der Nierengegend keinen Urin lassen. Die neue Entleerung der Blase durch den Katheter gelang mit Leichtigkeit. Harn war stark und innig mit Blut gemischt. Der Krankheitszustand, der sich nun entwickelte, trat unter den Erscheinungen der heftigsten Nephritis auf, es kam zu gar keiner Harnabsonderung mehr, und der Tod erfolgte unter urämischen Erscheinungen.

Der Sectionsbefund war in so fern von besonderem Interesse, als das Präparat der Nieren, das ich aufbewahre, die Möglichkeit des Ausgangs der Nephritis in Brand ausser Zweifel setzt.

Sei es mir nun noch erlaubt, dieses Verfahren mit wenigen Worten vergleichend zu besprechen, den sonst meistentheils üblichen Operationsmethoden gegenüberzustellen. Was zunächst die neuerdings so vielfach geübten Incisionen betrifft, zu deren Ausführung namentlich diejenigen Instrumente jetzt vorzugsweise gerühmt werden, bei welchen aus der Spitze des bis zur Strictur vorgeschobenen Körpers ein sondenförmiger Theil durch die verengerte Stelle hindurchgeführt werden soll, um den schneidenden Theil des Apparats als Leitung zu dienen, so bemerke ich, dass die Anwendung derselben wohl immer nur bei den weniger bedenklichen Fällen möglich sein dürfte, da die Durchführung eines vorgeschobenen dünneren Theils in den meisten schweren Fällen unmöglich ist. Wo sie gelingt, wird die Einführung des Katheters selbst bei einem geringen Drucke sich bewerkstelligen lassen. Erwägt man dabei zugleich, ein wie grosser Theil der Kranken selbst nach dem Zugeständniss derer, welche die Operation empfohlen haben, in Folge derselben gestorben sind, so wird schon dieses Resultat Jeden vor der Nachahmung der Methode zurückschrecken. Dass aber diese neueren Instrumente jedenfalls noch den früher empfohlenen vorzuziehen sind, bei welchen man eigentlich gar nicht wusste, in welche Richtung und wie tief die Schneide eindrang, versteht sich von selbst. Die Methode des Cauterisirens der verengerten Harnröhrenstellen ist zum Glück fast allgemein schon verlassen. Die Erfolge des Verfahrens sind im hohen Grade ungünstig zu nennen, und fast überall hat die Erfahrung es bewiesen, dass an den Stellen, wo die Beizung ausgeführt war, eine Narbe sich bildete, welche zur Contraction und Induration der benachbarten Weichtheile tendirte und zu Recidiven führte, die das ursprüngliche Leiden an Hartnäckigkeit übertrafen. Zu dem gilt von der Möglichkeit, den Aetzmittelträger vorzuschieben und mittelst desselben in die verengerte Stelle einzudringen, dasselbe, was ich in Bezug auf die Einführung des sondenförmigen Leiters für die Klingen der schneidenden Instrumente erwähnte.

Digitized by Google

Den meisten Werth hat immer noch das Verfahren der Erweiterung durch eingeführte Darmsaiten von entsprechender Stärke, und wenn man bei der Application derselben dem Penis diejenige Stellung giebt, die ich für die Anwendung meines Verfahrens beschrieben, so wird man nicht leicht einen erheblichen Schaden bringen, in den meisten Fällen auch wohl, wenn auch sehr viel langsamer, den Krankheitszustand heben oder wenigstens bessern. In der Hand weniger gewandter Operateure wird dieses Verfahren immer noch als das zweckmässigste anerkannt werden müssen, es beschränkt sich dasselbe allerdings aber nur auf die weniger ungirenden Fälle, in denen nicht bereits Harnverhaltung eingetreten ist. Auch ich verwerfe den Gebrauch der Darmsaiten nicht ganz, und bediene mich derselben namentlich dann, wenn ich trotz der wiederholten Anwendung einer beträchtlichen Gewalt mit der Spitze des Katheters gar nicht in den Eingang der Strictur gelange. Gewöhnlich reicht in solchen Fällen das ein- bis zweimalige Einbringen der Darmsaite hin, um zu dem gewünschten Ziele zu kommen.

Es würde mir zu einer besonderen Genugthuung gereichen, wenn die Darlegung der obigen, eben so einfachen als unwiderleglichen Thatsachen einen oder den anderen meiner Kunstgenossen zur Prüfung und Würdigung meines Verfahrens bestimmen und demselben eine mehr allgemeine Anerkennung sichern möchte.

Miscellen.

Mangel des Uterus bei normaler Bildung der äusseren Geschlechtstheile.

Von

Prof. Dr. Heyfelder in Erlangen.

Eine seit 5 Jahren in der Ehe lebende 28 Jahre alte Frau von mittlerer Grösse und entsprechender körperlicher Entwickelung, mit schön ausgebildeten Brüsten und stark hervortretenden Hüften, normaler Bildung der grossen und kleinen Schamlippen, anwesenden Schamhaaren, enthehrte bei vorhandener Schamspalte die Scheide. Die Clitoris war auch vorhanden und kaum über die normale Grösse hinausgehend, hinter der Clitoris die Urethra mit aufgeworfener und stark erweiterter Oeffnung, hinreichend gross, um das männliche Glied aufzunehmen. Auch war der Coitus durch diese geübt worden und hatte ohne Zweifel die angegebene Erweiterung herbeigeführt, oder dazu wenigstens wesentlich beigetragen. Nach Angabe der Frau stellte sich allmonatlich ein blutiger Ausfluss von mässiger Menge aus der Urethra ein; um diese Zeit waren die Theile gereizt und geschwollen, und der Beischlaf verursachte alsdann Schmerzen.

Die manuelle und instrumentelle Untersuchung führte in die Harnblase. Dagegen war weder auf diesem Wege, noch bei der Untersuchung durch den Mastdarm eine Spur von Uterus zu entdecken. Die Frau würde sich jedem operativen Eingriffe unterzogen haben, wenn ihr durch diesen hätte kommen geholfen werden. Da ich aber keine Hülfe durch eine Operation versprechen konnte, so ergab sie sowohl, wie der Ehemann, sich in ihr Schicksal, und er wies, obwohl ohne Hoffnung auf Progenitur, die ihm von der Frau angebotene Trennung zurück.

Für die gerichtliche Medicin ist dieser Fall nicht minder von Interesse, wie für den Pathologen.

Ein analoger Fall wird von Krahmer (Handbuch der gerichtlichen Medicin, Seite 280) erwähnt. Auch hier war die körperlich gut entwickelte, verheirathete Frau mit einer Schamspalte, ohne Scheide und mit so erweiterter Urethra, dass die Ruthe aufgenommen werden konnte, versehen. Spuren monatlicher Reinigung hatte diese aber nie gehabt. Auch in dem von Krahmer erwähnten Falle bestand die Ehe fort, indess nach allen, selbst nach den in England geltenden, Gesetzen der Natur der Sache nach eine Scheidung hätte eintreten können.

Die Behandlung der Cataracta secundaria zu Paris.

Von

Dr. Faber in München.

Da bei den sogenannten Nachstaaren es häufig vorkommt, dass dieselben an der Iris adhäriren, oft ganz spröde und brüchlich sind, bei jedem Versuche zu rechiniren, einreissen, oder so zähe sind, dass eher die Staarnadel abbrechen würde, als dass sich jene rechiniren liessen; die Befestigungen an den Ciliarfortsätzen oft so stark sind, dass dieselben trotz jedem Versuche der Rechination hängen bleiben (denn gelingt es auch hie und da, sie aus der Pupille zu entfernen, die Adhäsionen auf der einen Seite zu lösen, so werden auf der andern, dem Einstichspunkte in der Sclera gegenüberliegenden Seite doch die Adhäsionen bleiben, die *Cataracta secundaria* wird immer wieder aufsteigen), so hat man fast allgemein auch in Frankreich die Rechination als nutzwiedrig befunden und verworfen; man hat vorgezogen, diese Membran gleich ganz aus dem Auge zu entfernen.

Man hat nun zweierlei Methoden, entweder Extraction durch die Sclera oder durch die Hornhaut.

Sichel war der Erste, welcher es wagte, um das Abfliessen des *Humor aqueus* und *vitreus* durch die Hornhautwunde zu vermeiden, durch die Sclera mit einem Instrumente in das Innere des Auges einzugehen, die *Cataracta secundaria* herauszuholen. Sein Verfahren ist Quadri's Methode, den Staar auszuziehen, sehr ähnlich. Mit einem lanzenförmigen Instrumente macht Sichel eine Punction, d. h. einen Einstich durch Conjunctiva und Sclera ungefähr $1^{\prime\prime\prime}$ hinter der Cornea, statt wie Quadri in verticaler Richtung, in horizontaler, in der Richtung eines vom vorderen zum hinteren Pole laufenden Meridians $1-2^{\prime\prime\prime}$ lang. Durch diese gemachte Oeffnung geht er hiersuf mit einer Staarnadel ein, um die allenfallsigen Adhäsionen zu trennen, hiersuf mit einer Pince à mors, um die *Cataracta secundaria* zu fassen und herauszuziehen. Desmarres machte es auf dieselbe Weise, nur hatte er diese 4 Tempo nach Sichel in 3 abgekürzt, und die einzelnen Zwecke eine eigene Pincette sich erfunden, womit das zweite und dritte Tempo (nach Sichel) in eins verschmolzen wird. Die Pincette besteht der Hauptsache nach in Folgendem: Die eine Branche ist ungefähr $1^{1}/_{2}^{\prime\prime\prime}$ länger als die andere. Dieses längere Theil ist sehr dünn, zweischneidig und dient ihm als Messer, um allenfallsige Adhäsionen zu trennen, und als Leiter, wenn es sich handelt, eine Branche vor die getrübte Kapsel zu bringen, was mit den gewöhnlichen Pincetten schwer auszuführen ist. Die Spitze der kürzeren Branche ist mit einem kleinen Zahn versehen, welcher eingreift in ein kleines entsprechendes Loch der längeren Branche.

Beide Methoden haben jedoch ihre wesentlichen Nachtheile:

Es ist nämlich oft sehr schwierig, sobald sich die Conjunctiva nur im geringsten verschiebt, also die Wunde der Sclera und der Conjunctiva nicht auf einander passen, durch die Wunde in das Innere des Auges einzudringen. Schwierig ist es, sobald die *Cataracta secundaria* an die Ciliarfortsätze fest adhärirt, durch diese oft sehr derbe Membran eine Pincette durchzustossen und selbe zu fassen. (Dieser Einwurf fällt bei der Pincette von Desmarres weg.) Adhärirt der Nachstaar an der Iris, so gelingt es nur selten, denselben nach rückwärts zu ziehen, die Adhärenzen zu zerreissen, was bei der Extraction durch die Hornhaut bei Weitem nicht mit so viel Schwierigkeiten verbunden ist.

Hat man die *Cataracta secundaria* beim erstmaligen Eindringen nicht gleich gefasst, muss man es zum wiederholten Male versuchen, so muss man die Branchen der Pincette öfters öffnen; es wird hierdurch die Wunde gezerrt, sie wird klaffen und mehr und mehr *Humor vitreus* ausfliessen. Hat man wirklich die *Cataracta secundaria* gefasst, so reisst sie während des Ausziehens leicht ab, da man sie nur an einer kleinen Stelle gefasst hat; das gefasste Ende wird wohl herausgezogen, doch der übrige Theil wird sich in Falten legen, wird also von der gefassten Stelle an immer dicker, und schwer durch die Oeffnung der Sclera ausgezogen werden können, daher abreissen.

Da zur Einführung dieser Pincetten eine zu grosse Scleralwunde nöthig ist, überhaupt diese angegebenen Methoden mit vielen Schwierigkeiten und Gefahren verbunden sind, so dachte man an Verbesserung derselben. Von Desmarres und Sichel angeregt, verfertigte der Instrumentenmacher Luer zu Paris ein Instrument, welches Desmarres Serre-tête taught und mit welchem er günstige Erfolge erzielte.

Diese Serre-tête bildet eine Röhre von der Dicke einer Stricknadel, an deren Ende beim Nachlass eines Druckes auf einen an Helle angebrachten Knopf zwei $1^{1}/_{2}^{\prime\prime\prime}$ lange Branchen auseinanderweichen, welche eine Blömer'sche Pincette bilden. Auch bei diesem nur sehr leicht verderbbaren Instrumente ist die Hauptschwierigkeit die, eine Branche vor die zu fassende Membran zu bringen; ferner wird, sobald die Membran nur etwas grösser ist, als die Wunde der Sclera, erstere, wie bei den übrigen Methoden, abreissen und im Auge zurückbleiben.

Diese eben beschriebenen Methoden, den Nachstaar durch eine Scleralwunde zu extrahiren, haben, wie wir gesehen, bedeutende Nachtheile; die Verletzungen, welche das Auge hierbei erleidet, scheinen mir wenigstens viel beträchtlicher zu sein, als wie bei der Extraction durch die Cornea.

Warum zwar sehr sinnreiche, doch sehr complicirte Instrumente und eben so complicirte Methoden anwenden, wenn man auf viel einfacherem Wege mit eben so einfachen Instrumenten zu demselben Zwecke gelangt? Man kann durch die Cornealwunde bequem den Nachstaar fassen mit einem starken Irishäkchen oder einer Pincette; man kann selbst, wenn die Verwachsungen sehr stark sind, nur ein

Digitized by Google

Stück aus der Hornhautwunde herauszuziehen und mit der Scheere abzuschneiden, das Uebrige reponiren.

Siehel und Desmarres extrahiren den Nachstaar durch eine gemachte Hornhautwunde nur in den Fällen, wenn derselbe fest an der Iris adhärirt; eben so auch Nélaton, doch begnügt er sich nicht mit dem einfachen Irishäkchen oder der Pincette: auch er hat die Augeninstrumente um ein neues vermehrt. Er will nämlich das durch die Hornhautwunde bedingte Ausfliessen des *Humor vitreus* und *aqueus*, bevor er den Nachstaar gefasst hat, sowie das Abreissen der Membran beim Ausziehen vermeidea, und hat zu diesem Zwecke ein sehr sinnreiches Instrument sich ausgesonnen. Dasselbe ist der Scyre-töle sehr ähnlich, besteht ebenfalls aus einer dünnen Röhre, an deren Spitze eine myrtenblattähnliche grosse Staaraadel sich befindet, welche, in zwei Theile getheilt, zugleich als Pincette dient. Er macht hiermit die Punction der Cornea, führt die Nadel so weit in das Innere des Auges, bis die Spitze derselben den Nachstaar berührt. *Humor aqueus* kann nicht ausfliessen, da die Canüle die Hornhautwunde genau ausfüllt und so verschliesst. Durch einen Druck auf einen am Griffe des Instruments befindlichen Knopf gehen die zwei Hälften der Nadel aus einander, und man kann durch Nachlassen des Druckes bequem den Nachstaar fassen. Hat nun Nélaton die Membran gefasst, so dreht er das Instrument mehrmals um seine Längsaxe, um den Nachstaar von den Ciliarfortsätzen loszureissen, und extrahirt denselben. Da aber derselbe im Vergleich zur Hornhautwunde zu gross ist, also beim Ausziehen ebenfalls abreissen würde, so hat Nélaton dafür Sorge getragen, dass an der einen Seite des Instruments ein spitzig zulaufendes kleines Messer vorgeschoben werden kann, wodurch er die Hornhautwunde beliebig vergrössert.

So sinnreich dieses Instrument auch ist, und so practisch es auch im Anfang erscheinen mag, so hat es doch einen sehr grossen Nachtheil, und zwar den, dass die Punction der Hornhaut sehr schwer zu machen ist, da die an der Spitze der Canüle befindliche Nadel nicht sehr spitzig ist, indem sie zugleich als Pincette dient.

Doch da das Instrument erst im Werden begriffea ist, und Nélaton selbst schon mehrfache Veränderungen und Verbesserungen seit seinem erstmaligen Anwenden des Instruments hat anbringen lassen, bis es zu der jetzigen Gestaltung gelaagt ist, so ist es vielleicht möglich, dass Nélaton auch diesen Hauptfehler des Instruments noch beseitigt, wodurch dasselbe an practischem Werthe sehr gewinnen wird.

Die Cholera in München.

Obwohl die Cholera als Epidemie in München längst aufgehört hat, so vergeht doch selten ein Tag, wo nicht Cholera-Erkrankungen vorkommen, was schon aus der nachfolgenden Tabelle der im allgemeinen Krankenhause behandelten Choleraknanken hervorgeht:

im Juli	6	von welchen genasen	0	starben	1
im Aug.	477	„ „	„ 130	„	177
im Sept.	166	„ „	„ 215	„	84
im Oct.	24	„ „	„ 34	„	12
im Nov.	44	„ „	„ 14	„	16
	717	von welchen genasen 413		starben 290.	

Literatur-Blatt.

20. Graefe, Dr. A. v., Archiv für Ophthalmologie, herausgegeben von. I. Bd. 1. Abth. Mit 3 Tafeln Abbildungen. Berlin 1854. Jeanrenaud. gr. 8. S. 481.

v. Graefe, der seit einigen Jahren mit grösstem Beifall die Augenheilkunde an hiesiger Universität lehrt, und dem in seiner Privatklinik und ausgebreiteten Praxis ein überaus reiches Material für seine fleissigen, unermüdlichen Forschungen geboten wird, hat das verdienstliche Werk unternommen, ein deutsches Archiv für Ophthalmologie wieder ins Leben treten zu lassen. Den ersten Anlauf hat er ganz allein genommen, schon aber in einer Nachschrift dieser 1. Abtheilung des I. Bandes zeigt er an, dass sich ihm nun definitiv zur Förderung des Unternehmens Arlt und Donders beigesellt haben. Wenn wir auch nicht zweifelten, dass v. Graefe allein die Zukunft des Archivs geathert hätte, so kann es demselben doch nur förderlich sein, dass sich zwei so bedeutende Ophthalmologen, wie Arlt und Donders, der bisherigen Redaction zugesellen. In der vorliegenden 1. Abtheilung, der die zweite des I. Bandes im Anfange des nächsten Jahres folgen soll, finden wir eine Anzahl sehr gediegener Abhandlungen des Herausgehers (Beiträge zur Physiologie und Pathologie der schiefen Augenmuskeln: über die diphtheritische Conjunctivitis und die Anwendung des Causticums bei acuten Entzündungen). Dann eine Abhandlung zur Beantwortung der Frage, warum die brechbarsten Strahlen des Sonnenlichtes die Empfindung des Leuchtenden nicht erregen, von Dr. phil. Kessler: Xenie von Dr. Zehender über die Beleuchtung des inneren Auges, mit specieller Berücksichtigung eines nach eigener Angabe construirten Augenspiegels. Ausserdem ist eine Uebertragung der Wyagaarden'schen Arbeit über die Anwendung der von Doaders erfundenen stenopäischen Brillen zur Verbesserung des Sehvermögens bei Trübungen der Hornhaut gegeben, und endlich Mittheilungen von Krankheitsfällen und Notizen vermischten Inhalts aus eigener und fremder Feder von v. Graefe.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass das neu begründete ophthalmologische Archiv, wenn es in der Folge in ähnlicher Weise das Fach vertritt, wie in diesem ersten Hefte, eine bedeutende und lohnende Zukunft haben wird.

21. Fuchs, Chr. Jos., Prof., Das Seelenleben der Thiere, insbesoodere der Haussäugethiere, im Vergleich mit dem Seelenleben des Menschen. Vorträge, gehalten zu Karlsruhe in der Gesellschaft „Eintracht" im Winter 1853—54. Erlangen. Ferd. Enke. 8. S. 104.

Der vielfach bekannte Verfasser übergiebt hierdurch diem grösseren Publicum eine Reihe von Vorträgen, die er vor Laien gehalten hat. Man darf nicht fürchten, in ihnen wiederholt zu finden, was schon so oft über den Instinct der Thiere etc. an Anekdoten und vagen Vermuthungen zusammengestellt wurde. Fuchs fasst dea Gegenstand rein wissenschaftlich auf und behandelt ihn mit vielem Geiste, ohne irgend seine Zuhörer oder Leser durch Trivialitäten von ernstester Auffassung abziehen und so in leichter Weise unterhalten zu wollen. Er zeigt sich in diesen Vorlesungen als treuen Beobachter, als tüchtigen Physiologen und Psychologea, und ist das Büchelchen als eine sehr lehrreiche Lectüre zu empfehlen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baden. Dem Amtsphysicus Med.-Rath Axmann in Wertheim das Ritterkreuz vom Zähringer Löwen-Orden.

Preussen. Dem practischen Arzte Dr. Matthias in Berlin der Charakter als Sanitätsrath.

Würtemberg. Das Ritterkreuz der würtemb. Kroae dem Med.-Rathe Dr. Seeger in Ludwigsburg, Oberamtsarzte Dr. Dürr in Hall, ordentl. Prof. Dr. Bruns in Tübingen und dem ersten Lehrer an der Thierarzneischule Ober-Med.-Rathe Dr. Haussmann.

Personalveränderungen. Baden. Ernennung: Arzt Wittmer in Oppenau zum Amtsheilungen für Instetten zu Griessen.

Baiern. Ernennungen: Pract. Arzt Dr. Lotzbeck in Füssen zum Gerichtsarzte in Mindelheim; Dr. Frank, k. Physicats-Adjunct in München, zum k. Gerichts- und Polizei-Arzte. Entlassung: Dr. Krehbiel, Kantonsarzt zu Ollerberg, auf Nachsuchen aus dem Staatsdienste. Versetzung: Gerichtsarzt Dr. Frei von Mindelheim nach Obergünzburg.

Kurhessen. Ernennungea: Dr. Rehm in Kirchheim zum Physicus und Amtswundarzt in in Brotterode; Physicus Dr. Wilhelmi in Rintela zum Medicinalrath.

Oesterreich. Ernennungen: Zu Landes-Med.-Räthen bei den Statthaltherei-Abtheilungen in Ungarn: die DD. San.-Referenten Hollan in Oedenburg für Ofen, Wachtel in Ofen für Oedenburg, Heim in Kaschau für Pressburg; die Comitatsphysici DD. Devan in Tyrnau für Kaschau, Lanner in Száthmár für Grosswardein. Zu Kreisärztea im Lemberger Statthaltereigebiete: die Kreisärzte DD. Kratter für Zloczow, Böhrer für Lemberg, v. Scheniz für Czortkow, Kosteeki für Sanok, Spora für Przemysl: die Bezirksärzte DD. v. Madejski für Brzezan, Zaehekel für Kolomea, Kraus für Sambor, v. Moczarki für Stanislau: Criminalgerichtsarzt Dr. Kuhe für Zolkiew, Kreischirurg Smialowski für Stry, Stadtarzt Dr. Schulhaum für Tarnopol. Zu Kreisärzten in Oberösterreich: DD. Storm für Wels, Meisinger für Linz, Schleifer für Ried und Wokurka von Pflichtenheld für Steyer; in Niederösterreich: die vormaligen Kreisärzte DD. F. Drinkwalder für Krems und Eberstaller für Wiener-Neustadt, die Bezirksärzte DD. Bertgen für Korneuburg und J. Mazzarei für St. Pölten. Dr. Beer, Kreiswundarzt zu Bochnia, zum Landes-Med.-R. im Krakauer Verwaltungsgebiete. Dr. F. Petris, bisher Kreisphys., zum Landes-Med.-R., dann die bisherigen Kreisärzte DD. Pinelli und Marinceviech, dann der Districtsarzt Dr. J. Kratter zu Kreisärzten für Dalmatien. Dr. Voigt, Prof. in Lemberg, zum ord. Prof. d. Anat. an der Krakauer Universität. Primarwundarzt Dr. Mayer zum Director des allgemeinen Krankenhauses in Brünn.

Würtemberg. Entlassung: Oberamtsarzt Dr. Rösch in Gaildorf auf Verlangen von seiner Stelle (geht nach Texas).

Todesfälle. Baiern. Dr. Paur, Gerichtsarzt in Waldmünchen. Oesterreich. Die Professoren Tognio (Decan) u. Birly in Pesth. Sachsea. Dr. Dreehsler in Leipzig; Dr. Rublack in Marbach.

Digitized by Google

Sonnabend, № 52. 30. December 1854.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich zwei Thaler. Beiträge werden franco unter der Adresse der Verlagshandlung erbeten.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Der künstliche *Tensor tympani*, oder Taubheit heilbar durch Druck. Von Dr. Erhard. — Zwei interessante Fälle aus der Praxis von Dr. Müller. (1. *Aneurysma aortae abdominalis.*) — Ueber erfolgreiche Anwendung des Fermm candens bei *Angina gangraenosa tonsillaris et ulcerosa*, von Dr. Schreier. — Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Dr. v. Bärensprung in Berlin. Von H. Beigel — Miscellen: Die Behandlung der Ophthalmie granuleuse zu Paris. Von Dr. Faber. — Literatur-Blatt. — Personalien.

Der künstliche Tensor tympani, oder Taubheit heilbar durch Druck.

Von

Dr. Erhard, Gehörarzt in Berlin.

Der Unterschied in der Auffassung der Ursachen von Schwerhörigkeit zwischen meinen ohrenärztlichen Collegen und mir ist der, dass ich dem acustischen Apparate eine grössere Bedeutung vindicire.

Ich behaupte und beweise durch therapeutische Erfolge, dass die Zahl der Schwerhörigen, deren Ursache in einem acustischen Hindernisse liegt, grösser ist, als gemeinhin angenommen wird.

So wie das Auge dem Lichte gegenüber zwei wesentliche Eigenschaften hat:

1) den Lichtstrahl durchzulassen (Durchsichtigkeit),

2) den Lichtstrahl zu brechen,

so hat auch das Ohr dem Schalle gegenüber zwei wesentliche Eigenschaften:

1) die Schallwelle der Luft anzunehmen (Mitschwingung),

2) die Schallwelle der Luft zu leiten.

Wenngleich wohl die Acustik in etwas hinter ihrer Schwester, der Optik, zurückgeblieben ist, so darf ich doch mit Recht auf die klassischen Untersuchungen von Johannes Müller und Savart über die Schallaufnahme und Leitungsfähigkeit der Membranen hinweisen.

Die Fähigkeit der Membranen Schallwellen aufzunehmen, d. h. mitzuschwingen, zu resonniren, hängt ab von dem Grade ihrer Spannung und der Dichtigkeit ihrer Masse.

Gespannte Membranen nehmen hohe Töne besser an, d. h. gerathen durch sie leichter in Schwingungen, resonniren leichter, — erschlaffte Membranen hingegen resonniren leichter auf tiefe Töne; überhaupt aber gerathen durch Töne von gleicher Intensität zu stark gespannte Membranen nicht so leicht in Schwingungen, als einigermaassen erschlaffte. Doch bei einem zu starken Erschlaffungszustande hören die Schwingungen auf.

So wie nun zum normalen Schvermögen ein ganz bestimmtes Brechungs- und Durchsichtigkeits-Verhältniss der verschiedenen optischen Medien des Augapfels zusammenwirkt, so ist auch das normale Hörvermögen durch ein ganz bestimmtes Schallaufnehmungs- und Leitungsvermögen der verschiedenen Medien im Gehörorgane bedingt.

Das Trommelfell ist eine organisirte Membran von bestimmter Structur. Alle pathologischen Structurveränderungen also, denen seine Elementartheile unterworfen sind, werden wir im Trommelfelle wiederfinden können, und dass jedwede Structurveränderung sein Feuchtigkeits-, Spannungs-, Dichtigkeits-, mit einem Worte sein Elasticitätsverhältniss ändert, demgemäss also das normale Hören beeinträchtigen muss, kann Niemand bezweifeln.

Wenn ich also von einem gespannten oder erschlafften Trommelfelle spreche, so denke ich mir darunter nicht ein nach innen gezogenes concaves, oder ein nach aussen liegendes convexes, sondern ich meine absdann sichtbare veränderte Structurzustände des Trommelfells mit zu geringem oder zu grossem Feuchtigkeitsgrade, den ein geübtes Auge leicht unterscheiden kann.

Dass nun die Anwendung der höheren Acustik auf die Diagnose solcher Ursachen von Schwerhörigkeit im Trommelfelle keine hohle jugendliche Hypothese, sondern eine sicher leitende Theorie für die Praxis ist, werde ich meinen Collegen durch die einfache mechanisch-acustische Wiederherstellung des Gehörs „durch Druck, durch Berührung des Trommelfells, durch das Tragen der Ohrenbrille, meines künstlichen Tensor tympani" beweisen. —

Es giebt ein vorzüglich diagnostisches Merkmal in der Otiatrik, das mich in meiner fünfjährigen nicht unbedeutenden Ohrenpraxis *nie* getäuscht hat, nämlich die Hörfähigkeit vom *Processus mastoideus* aus. Man nehme zu den Versuchen eine feine Cylinder-Taschenuhr, die ein normal Hörender circa 36″ weit vor dem Gehörgange klar und deutlich hört, so wird *nie* der Fall eintreten, dass Jemand, der diese Uhr circa 36″ vor dem Gehörgange hört, sie *nicht auch* vom *Processus mastoideus* aus zu hören; in der Regel können Individuen, die die Uhr vom *Processus mastoideus* nicht hören, dieselbe höchstens 3—4″ weit hören); umgekehrt aber kommen sehr häufig Fälle vor, dass Schwerhörige den feinen Ton dieser Cylinderuhr vollkommen vom *Processus mastoideus* aus vernehmen, und dabei nicht weiter als $\frac{1}{2}$″ weit vom Gehörgange ab hören.

In allen letztgenannten Fällen, also bei normaler Hörfähigkeit vom *Processus mastoideus* aus, erkläre ich durch meine Erfahrung mit der grössten Entschiedenheit, dass die Ursache der Schwerhörigkeit „weder im *Nervus acusticus*, noch in den Gebilden des Labyrinths, sondern einzig und allein in einem acustischen Hindernisse im Leitungsapparate bis zum Labyrinthe beruhe",

und ich habe die vollkommene Ueberzeugung gewonnen:

„dass alle diese Fälle heilbar sein müssen, entweder mechanisch, oder chirurgisch, oder organisch, ohne zu behaupten, dass sie bei dem traurigen Zustande der Otiatrik für jetzt alle von uns Aerzten geheilt werden." —

Die in Rede stehende Schwerhörigkeit „heilbar durch Druck" hat nun folgende Symptome:

1) Der Patient hört den leisesten Schlag einer Cylinderuhr vom *Processus mastoideus* aus klar und deutlich, also normal.

2) Der Patient hat lichte Augenblicke; er erräth, dass er oft momentan, namentlich beim Reinigen des Gehörganges mit einem Pinsel oder sonst womit, plötzlich, aber leider momentan vorübergehend, im Besitze einer vollen Heilkraft ist.

3) Tuba und Paukenhöhle ist frei.

4) Ocularinspection.

„Das wichtigste Merkmal für das Trommelfell ist der Umbo"; dieser manifestirt sich dem untersuchenden Auge als ein heller Punkt auf dunklerem Felde; so lange man diesen nicht erkannt, ist es besser, zu sagen, das Trommelfell nicht gesehen zu haben.

In vorhegenden Fällen nun sieht man den Umbo meist gar nicht, höchstens nur sehr undeutlich ausgeprägt; anstatt des sonst straffen, nicht absondernden, halb durchsichtigen Trommelfells sieht man in der Tiefe den Gehörgang durch ein membranöses Gebilde verschlossen, das entweder auf oder nicht vor dem Trommelfelle liegt; entweder hat es ein röthliches, weichliches, granulöses Ansehen, wie die Conjunctiva bei einer *Blepharophthalmia granulosa*, oder es ist ein strohgelbes faseriges Gewebe, das in beiden Fällen Exsudat absondert.

5) In allen Fällen ist Otorrhöe von verschiedener Stärke vorhanden, die ihren Ausgang von diesem Gebilde und dem hinteren Theile des Gehörganges hat.

6) Dieses Gebilde kann perforirt sein oder nicht, es ist für die Behandlung *durchaus gleichgültig*.

Pathologisches Verhalten.

Ob nun dieses Gebilde das degenerirte Trommelfell selbst ist, oder eine Pseudomembran nicht vor demselben, kann ich nicht entscheiden; wahrscheinlich dass Beides der Fall ist; ich halte für jetzt das gra-

Digitized by Google

nulöse Gebilde für das Trommelfell selbst, denn nur dieses kommt perforirt vor, und das mehr fasrige für eine Pseudomembran, Pseudotrommelfell. Mikroskopische Untersuchungen über den wahren Structurzustand der degenerirten Trommelfelle fehlen zur Zeit noch ganz, und die jetzige pathologische Anatomie weist sowohl degenerirte granulöse Trommelfelle, als Pseudomembranen vor demselben nach.

Therapeutisches Verhalten.

Dem sei nun wie ihm wolle, soviel steht factisch fest:

„in dem Augenblicke, wo ich dieses degenerirte oder Pseudotrommelfell mit irgend einem Körper berühre, respective drücke, aber so dass ein Theil desselben unbedeckt bleibt, um die Schwingungen der Luft anzuwehmen, schwindet die Schwerhörigkeit; sowie ich den Körper entferne, tritt sie wieder ein."

Patienten, die ohne diesen *Tensor tympani* die Cylinderuhr kaum $^1/_4$" weit vor dem Gehörgange hören, können dieselbe durch und mit ihm bis 30" weit klar und deutlich hören, also fast normal.

Dieser *Tensor tympani* ist in der Ohrenheilkunde dasselbe, was die Brille in der Schwesterwissenschaft, der Augenheilkunde.

Ich habe diesen Zustand zuerst in meinen beiden Ohren 1848 aufgefunden, und bin seitdem erst im Besitze eines ausreichenden Gehörs; ich habe dieselben Zustände bei 4 pCt. aller meiner Schwerhörigen am Rheine wiedergefunden.

In meinem linken Ohre, wo ich es zuerst beschrieben (de audito quodam difficile, nondum observato. Dissertatio), ist dieses Gebilde ganz, im rechten durchlöchert; ohne Einfluss auf Behandlung. Ich habe mit meinen Ohren alle möglichen Versuche angestellt und folgende wichtige Resultate gewonnen:

1) Der Druck, resp. die Berührung allein ist das Wirksame (ich habe den gleichen Erfolg von einem Pinsel, von metallenen und Gummisonden oder Röhren, von Baumwolle mit Wasser, Oel u. s. w.).

2) Man befestige den Körper so, dass er in den Winkel von 55° zu liegen kommt, den die untere Fläche des Gehörganges mit dem Trommelfelle bildet, dadurch kann der obere Theil des Trommelfellea mitschwingen.

3) Ein Loch in diesem degenerirten oder Pseudotrommelfell ist ohne jedweden Einfluss, man kann selbst die Membran berühren, spannen, ohne das Loch zu bedecken, und trotzdem eben so gut hören.

Vergleichung mit der übrigen Literatur.

Hieraus folgt also:

1) Dass jene 300 (?) Fälle, die Yearsly mit Hülfe seiner in Wasser befeuchteten Baumwolle, heilte aber, wie er behauptet, unerklärbar, nur durch ihn ausführbar, dieselben sind wie obige.

2) Dass die künstlichen Trommelfelle des Toynbee (siehe Deutsche Klinik No. 48 vom 28. Oct. 1854) durchaus nicht künstliche Trommelfelle, sondern Tensores lympani sind, denn nicht die Gummimembran, sondern der Silberring, der sie einschliesst und nothwendiger Weise — kleiner sein muss als das degenerirte Trommelfell (denn wie könnte es sonst den engeren Gehörgang passiren) ist der wirksame Druck.

3) Alle jene in alten Ohrenhandbüchern hier und da aufgezeichnete Raritäten, dass Individuen sich selbst ihr Gehör verbessert haben durch Einlegen von geksutem Papiere, von Hobelspänen, Schwefelhölzern, Speckstücken u. s. w. gehören ebenfalls hierher.

Acustische Erklärung.

Die Heilung ist also eine rein mechanisch-acustische und doppelt zu erklären:

1) Entweder es ist das degenerirte Trommelfell, so hat also dasselbe durch die Structurveränderung sein Elasticitätsverhältniss eingebüsst, sein Resonnanzvermögen verloren, ebenso wie der Resonanzboden eines Clavieres dasselbe verliert, wenn man ihn nass macht, oder wie das Fell einer Trommel nicht tönt, wenn es zu schlaff ist. Man spannt das Fell und es tönt.

2) Oder es ist eine Pseudomembran, die dicht vor dem Trommelfelle liegt, alsdann wird durch diese der Ton aufgehalten; in dem Momente aber, wo die Pseudomembran mit dem Trommelfelle zur Deckung gebracht wird, also eine innige Leitung stattfindet, hört der schädliche Einfluss dieser Membran auf. Bekanntlich ist eine dicke Wand zwischen 2 Zimmern mehr geeignet zum Durchhören als 2 dünne, die sich nicht berühren (wie im Zellengefängniss).

Andere Erklärungen weiss ich für jetzt ohne Hülfe der pathologischen Anatomie nicht; es soll mich freuen, hierdurch die Aufmerksamkeit meiner Herren Collegen darauf gelenkt zu haben, um vielleicht bessere Erklärungsweisen zu erfahren.

Sobald ich nun in meiner neuen Stellung in Berlin durch das Vertrauen meiner Herren Collegen ähnliche Fälle, die also nach meiner Berechnung 4 pCt. aller Schwerhörigen ausmachen, gesammelt haben werde, wird es mir ein Vergnügen machen, meinen Collegen die Manipulation bei der Befestigung ad oculos zu demonstriren, während eine noch so genaue Beschreibung ohne hinreichende Abbildungen zu nichts führen würde.

Zwei interessante Fälle aus der Praxis,

mitgetheilt von

Dr. L. Müller in Minden.

1. *Aneurysma aortae abdominalis.*

L.... P.... l. 51 Jahre alt, behauptete, in früheren Jahren immer einer guten Gesundheit sich erfreut zu haben. Schwere Krankheiten sollen ihn niemals heimgesucht haben. Patient gehörte dem Soldatenstande an und erhielt nach einer Dienstzeit von 15 Jahren eine Anstellung als Grenzbeamter. In dieser neuen Stellung war er verpflichtet, noch mehr, als früher, allen Einflüssen des Wetters sich auszusetzen, Stundenlang musste er hinter Hecken, oft im feuchten Grase liegend, den Contrebandiers auflauern. Rheumatische Beschwerden stellten sich daher bald ein, welche nach und nach eine bedeutende Höhe erreichten. Nach Anwendung verschiedener Antirheumatics wurde Patienten ein Schwefelbad (Eilsen) anempfohlen, wovelliet er auch Heilung fand, wenn auch nur eine vorübergehende; denn mit der Wiedereinwirkung der alten Einflüsse kehrte natürlich das alte Uebel zurück. Zu diesen rheumatischen Beschwerden hatten sich mit der Zeit Hämorrhoiden gesellt, welche in den letzten Jahren öfter zu sehr bedeutenden blutigen Ausflüssen per anum Veranlassung gaben. Digestionsbeschwerden, Völle und Unbequemlichkeit im Unterleibe wurden quälende Symptome des tiefer liegenden Leidens. Kolikschmerzen traten oft mit grosser Heftigkeit auf und zeichneten sich durch ihre lange Dauer aus. Bis 10 Monate vor seinem Tode ging Patient noch seinen Dienstgeschäften nach, blieb dann zu Hause und wurde, als die Füsse ihn nicht mehr recht tragen wollten, bettlägerig. Zehn Wochen vor seinem Ende liess mich P. rufen.

Der Kranke war gross, von schlanker Statur, jetzt sehr abgemagert, Turgor der Haut geschwunden, die schwarzen Augen lagen tief in den Augenhöhlen, das Gesicht hatte den Ausdruck tiefen Leidens. Temperatur des Körpers normal. Das linke Bein zeigte weniger Empfindung, als das rechte, und befand sich in einem hohen Grade der Parese. Abmagerung nicht stärker, als die des rechten Beines. Es fanden öfter convulsivische Erschütterungen und plötzliche Contractur der linken Unterextremität statt. Dieselbe war flectirt und etwas nach aussen gerollt; das Becken nach derselben Seite geneigt. Diese Lage: nach der linken Seite hin geneigt, nahm der Kranke immer ein, da es ihm auf der rechten zu liegen unmöglich war. Jede Bewegung des Rückens war äusserst schmerzhaft. Aus diesem Grunde konnte auch die Untersuchung des Rückens leider nicht mit der Sorgfalt vorgenommen werden, wie es zur Begründung der Diagnose der Krankheit durchaus nothig war. Patient gab nämlich eine etwa thalergrosse Stelle in der linken Nierengegend dicht neben dem Rückgrath als fast immer schmerzend an. Dieser bohrende Schmerz käme zufallsweise stärker und strahlte dann von seinem Sitze aus über die linke Seite, die unteren Rippen entlang, bis vorne in die Herzgrube. Längs der untern Rippen ein Gefühl von Taubheit, die Empfindung, als ob ein Reif hier um den Leib läge und Druck in der Magengegend. Der Schmerz in der Nierengegend liess sich durch Druck wohl etwas lindern, bliebe im Ganzen aber derselbe, quälte ihn den ganzen Tag und raube ihm die Ruhe der Nacht. Ich fühlte in der bezeichneten Gegend und deren Umgebung durchaus keine Veränderung. Eine nähere Untersuchung, wobei der Kranke, welcher mit der linken Seite nach der Wand lag, die Lage hatte ändern müssen, ward durchaus von dem sehr verdriesslichen Patienten abgelehnt. Die Untersuchung des Unterleibes ergab Folgendes: Im rechten Hypochondrium matter Ton zwei Querfinger breit unterhalb der rechten kurzen Rippen, der sich hinaufserstreckt bis zur 7. Rippe und durch das Epigastrium bis in das linke Hypochondrium hinein verfolgt werden konnte. Man fühlte den vordern untern Leberrand deutlich durch die Bauchdecken durch. Druck dorthin nicht empfindlich. Linkes Hypochondrium normal. Im Mesogastrium Magenton in grosser Ausbreitung. Liess man den Kranken trinken und setzte das Stethoskop in der Gegend des Nabels auf, so hörte man deutlich Gurgelgeräusch an dieser Stelle. Patient klagt über grosse Völle im Unterleibe, über die Empfindung von abnormer Ausdehnung desselben besonders nach der Mahlzeit und fragte, indem er die Hand unterhalb des Nabels und links von diesem auf den Bauch legte, ob denn der Magen so tief im Unterleibe liege? Er habe nämlich immer das Gefühl, sobald er etwas hinunterschlucke, als fiele es in den bezeichneten Raum. Nach der Mahlzeit ergab die betreffende Gegend einen matten Percussionston und war etwas geschwollen, doch nicht in so hohem Grade, wie Patient es fühlte und klagte. Der Appetit war gut, die Zunge rein. Seinem Hunger nach

Digitized by Google

hätte der Kranke weit grössere Portionen geniessen können, zog es aber vor, aus Furcht, durch reichliche Mahlzeiten seine Angst und Beklemmung zu steigern, mit kleinen Portionen vorlieb zu nehmen und das fortwährende Gefühl von Nichtgesättigtsein lieber zu ertragen. Nach dem Essen besonders plagte den Kranken ein fortwährendes leeres Aufstossen. Kein abnormer Geschmack. — Oeffnung war sehr unregelmässig. Verstopfung vorherrschend. Harn- Se- und Excretion normal.

Die Untersuchung des Thorax zeigte nichts Abnormes. Athmungsgeräusch rein. Ein recht tiefes Einathmen und langes Anhalten des Athems ist nicht möglich. Ausdehnung der Brust normal. An der Rückenfläche des Thorax wurde durch die Weigerung des Kranken die Untersuchung unmöglich gemacht. Keine Veränderung in der Lage und Grösse des Herzens. Herztöne normal. Puls an beiden Armen gleich, regelmässig, klein, 114—120 Schläge in der Minute. Herzklopfen stellte sich öfter ein, namentlich nach der Mahlzeit. Absinn wurde auch die Athemnoth bedeutender. Indem begehrte nichts mehr als Ruhe und Schmerzlosigkeit und war auf sein Bette gefasst.

Von dem Arzte, welcher den Kranken zuerst behandelt, scheint ein Magenleiden in Verbindung mit einem Nierenleiden angenommen worden zu sein. Ausserdem scheint der Schmerz, welcher längs der Rippen linkerseits geklagt wurde, für eine *Neuralgia intercostalis* gehalten zu sein. *Bismuth. nitricum* war lange Zeit durch verabreicht, ausserdem Kaltwasser in grossen Portionen getrunken. Blasenpflaster waren auf die linke Seite und *Regio lumbalis sinistra* appliciert und Veratrinsalbe eingerieben worden.

Die oben angeführten objectiven Symptome sprechen für eine angenannte Hypertrophie der Leber. Die Untersuchung des Unterleibes, namentlich der mesogastrischen Gegend liess in Verbindung mit den subjectiven Symptomen eine Erweiterung und Dislocation des Magens als wahrscheinlich erscheinen. Woher diese Dislocation und Erweiterung des Magens? Es war durchaus kein Grund vorhanden, eine Verengerung des Pylorus anzunehmen, als deren Folgezustand eine Erweiterung des Magens hätte aufgefasst werden können. Patient war niemals ein übermässig starker Esser oder dem Trunke ergeben gewesen. Es war kein Bruch vorhanden, der den Magen aus seiner Lage hätte zerren können.

Das krampfhafte Ziehen im Beine, die Taubheit und Parese desselben, das Gefühl von Taubheit längs der untern Rippen linkerseits, die Empfindung, als ob die linke Seite zusammengeschnürt würde, dazu die Empfindung von Auslehnung und Völle des Unterleibes, die grosse Empfindlichkeit, welche Bewegungen des Rückens an der Stelle verursachten, wo der Schmerz geklagt wurde, dieses Alles bildete einen Symptomencomplex, der die Aufmerksamkeit des Arztes auf die Wirbelsäule hinwies. Ich entsann mich der Aufforderung Abercrombie's, immer das Rückenmark mit Sorgfalt zu untersuchen, „wenn eine Schwäche, Taubheit oder Convulsionen in irgend einem Gliede, ein krampfhaftes Ziehen in den Gliedern, ein Verlust der vollen Muskelkraft, ein Gefühl von Taubheit längs des Randes der Rippen und ein besonderes Gefühl von Druck oder Bewegung in der Magengegend, verschiedenartige Beschwerden beim Athmen etc. vorhanden sind.“ Da die erwähnten Symptome im Bereiche der unteren *Nervi intercostales* und des *Plexus lumbalis* auftraten und nur auf der linken Seite stattfanden, so ward eine Affection der letzten Rücken- und ersten Lendenwirbel vermuthet, welche an der linken Seite der Wirbelsäule sich etablirt habe in der Nähe der *Foramina intervertebralia*. Das Leiden wurde deshalb mehr in den Wirbeln gesucht, da die Sphincteren des Mastdarms und der Blase in ihrer Function nicht gestört waren. (Krankheiten der knöchernen Hülle, am häufigsten Spondylarthrocace, betheiligen vorzugsweise die Motilität und verschonen häufig die Action der Sphincteren. Romberg Nervenkrankheiten p. 144). Obwohl Vieles für eine Wirbelcaries sprach, war es doch schwer durch die Annahme dieses Leidens vollkommenes Licht in das so dunkele Krankheitsbild hineinzubringen. So manches Symptom blieb unerklärt. Wie war denn der intensive Schmerz an der bezeichneten Stelle neben der Wirbelsäule zu deuten? Sollte die Affection der Wirbel auch die untern Rippen mit ergriffen haben? An eine Caries auf tuberculöser Grundlage wäre in vorliegendem Falle nicht zu denken gewesen (das Alter des Kranken, die Integrität der Lungen sprachen dagegen). Es musste daher untersucht werden, ob hier nicht die Caries durch andere Ursachen herbeigeführt sein könnte. Es ward an Retroperitonäalabscess, Psoasabscess, an Aneurysma gedacht. Alles reiflich erwogen, jedoch musste ohne eine genauere Untersuchung der afficirten Stelle Alles unentschieden und nur Vermuthung bleiben.

Da ich es ablehnte, ohne Wissen des zweiten Arztes, College Hildebrand, den Kranken ferner zu besuchen, und Patient sich scheute, seinem Arzte den Vorschlag, dass wir die Behandlung zusammen übernehmen möchten, zu machen, so hatte ich nur 4 Mal Gelegenheit, den Kranken zu sehen. Mit dem Verlangen, nicht von dem Kranken zu scheiden, ohne einer Krankheit, deren Erkennung mir so viel im Sinne gelegen, durch eine genauere Untersuchung, und möchte sie auch dem Patienten eine unangenehme sein, auf den Grund zu kommen, examinirte ich nochmals die linke Seite und drang mit meiner Hand, so weit es möglich war, ohne den Kranken zu sehr zu genieren, bis zum Locus affectus vor. Indem ich die untere Rippe mit den Fingern bis zur schmerzhaften Stelle in der Nierengegend verfolgte, fühlte ich deutlich, wie diese dem Fingerdrucke nachgab und ohne Zusammenhang mit der Wirbelsäule zu sein schien. Auch hatte sich an derselben Stelle eine Geschwulst gebildet, in welcher ein schwaches Pulsiren zu fühlen war. Stellte sich das Ergebniss dieser Untersuchung mit der Eröffnung des Kranken zusammen, dass er seit langer Zeit alle, das Gefässsystem reizende Sachen, wie Spirituosen etc., gänzlich habe meiden müssen, da die Angst, das Herzklopfen, ja sogar die Schmerzen in der Lendengegend dadurch vermehrt wurden, so war der Heerd dieses so complicirt scheinenden Leidens endlich aufgefunden, die Diagnose begründet, das *Aneurysma aortae abdominalis* constatirt. Einige Zeit darauf theilte mir College H. mit, dass bei jenem Kranken in der Nierengegend eine Geschwulst von der Grösse einer Wallnuss entstanden sei, in der man deutlich ein Pulsiren, ein Heben und Senken fühlen könne. Es ward nun angenommen, dass das Aneurysma besonders nach der linken Seite hin sich entwickelt, durch Usur die letzte Rippe zerstört und auf gleiche Weise die Wirbelsäule in der Gegend des letzten Brust- und der ersten Lendenwirbel afficirt habe. Wahrscheinlich sei der Magen durch die aneurysmatische Geschwulst nach unten dislocirt worden.

Was die Behandlung anbelangte, so suchte man dem Wunsche des Patienten, Ruhe zu erhalten, durch Darreichen von Morphium, so viel wie möglich nachzukommen. Für Oeffnung ward gesorgt. Da dem Zustande passende Diät brauchte kaum dem Kranken vorgeschrieben zu werden, da die Furcht, durch ein Abweichen von derselben sein Leiden zu vergrössern, sie ihn einhalten liess. Dass das Aneurysma, welches unter solchen Erscheinungen auftrat, ein sehr umfangreiches sein müsse, war klar. Man erwartete den Tod durch Zerreissung des aneurysmatischen Sackes oder durch Zerstörung der Wirbel und Paraplegie, oder endlich durch Inanition. — Der Schwächezustand ward immer bedeutender, die Schmerzen immer quälender, zur Lähmung des linken gesammten Beines, der den Magen, den Puls ward kleiner und schneller, und so erfolgte am 2. Aug. der Tod.

Die Section ward unter Beisein der Hll. Dr. Schreiber, Dr. Plümecke und Hildebrand am dritten Tage nach dem Tode von mir gemacht. Die grosse Abmagerung, welche den ganzen Körper befallen, sprang sogleich in die Augen. Die Haut schlaff und trocken. Todtenflecke gering. Musculatur schlaff. Die Beckenknochen stehen hervor, die Augen liegen tief in den Augenhöhlen. Die Temporalarterien nicht rigide und nicht mehr geschlängelt, als normal. Hals lang und dünn. Thorax: Zwischenrippenräume eingesunken. Die untern fünf Rippen rechterseits etwas hervorgetrieben. Bauch in der Ebene des Thorax liegend. Extremitäten abgemagert; keine varieuse Gefässe an denselben. Am Kreuzbein Todtenflecke. Keine Gestaltabweichung der Wirbelsäule, kein abnormes Hervorragen von Dornfortsätzen der Wirbel. Neben der Wirbelsäule in der *Regio renalis sinistra* in gleicher Höhe der drei unteren Rippen ragt eine faustgrosse Geschwulst hervor, welche dem Drucke ein wenig nachgiebt. Die zwei untern Rippen waren ohne Zusammenhang mit der Wirbelsäule und endeten vor der Geschwulst.

Die Unterleibshöhle ward zuerst eröffnet. Musculatur blassröthlich, schlaff. Fett im Unterhautzellgewebe geschwunden. Das grosse Netz nach links zur Seite geschoben. Der Magen ist dislocirt, liegt in der *Regio mesogastrica* und ragt mit seiner *Curvatura major* in die *Regio iliaca* hinein. Der grössere Theil der Eingeweide wird vom Magen bedeckt. Die Erweiterung desselben ist gleichmässig und erstreckt sich nicht in die Speiseröhre hinauf. Die Schleimhaut des Magens normal; die Wände desselben sind ausserordentlich verdünnt, wie Papier. Verwachsung der äussern Fläche des Magens mit anliegenden Theilen fand nicht Statt. Pylorus normal. Der Darm ist in seiner ganzen Länge ein wenig enger als normal. Unter den kurzen Rippen rechterseits ragt 2—3 Querfinger breit die Leber hervor, welche mit ihrem linken Lappen den grössten Theil des Epigastriums einnimmt und weit in das linke Hypochondrium noch erstreckt. Die Leber ist ungemein stark mit venösem Blute angeschoppt, so dass bei einem Einschnitt in das Parenchym derselben Blut in Menge hervorquillt, in ihrem Volumen sehr vergrössert, ohne eine Abnormität der Structur zu zeigen. Von der hinteren Wand der Bauchhöhle ist sie durch eine oberhalb der Niere sich befindende Geschwulst nach vorn und unten, und auf diese Weise gegen die letzten kurzen Rippen an- und hervorgedrängt. Auf ihrer convexen Fläche trug sie einen deutlichen Eindruck der letzten Rippen, wie die sogenannte Schnürstreifenleber. Gallenblase mit normaler Galle gefüllt, ohne Steine. Milz normal. Die Eingeweide wurden nun aus der Bauchhöhle entfernt. Die Blase vollkommen ohne Abnormität. Die rechte Niere, noch mehr aber die linke Niere, sind nach unten gedrängt, in ihrer Structur ohne Veränderung. Die Geschwulst, welche letztere dislocirt hatte und von der hinteren Bauchwand ausging, lag

Digitized by Google

mit ihrer Hauptmasse zur linken Seite der Wirbelsäule, nach oben das Zwerchfell in die Höhe treibend und mit diesem verwachsen, nach unten auf die Nieren drückend, links den hinteren Rand der Milz berührend, nach rechts über die Wirbelsäule sich fortsetzend, welche sie vom Zwerchfelle ab bis zum dritten Lendenwirbel bedeckte, füllte sie 2 — 3 Querfinger breit den Raum neben der Wirbelsäule rechts aus. Diese Geschwulst, welche von der *Aorta abdominalis* ausging, hatte die Grösse des Kopfes eines Neugeborenen. Sie gab dem Fingerdruck nach und fühlte sich teigig an. Da es unmöglich war, diese Geschwulst von der Umgebung, mit der sie eng verwachsen war, zu trennen, ohne sie zu eröffnen, so ward ein Einschnitt in dieselbe gemacht. Ueber drei grosse Hände voll coagulirten Blutes wurden aus dem Sacke entleert. Die Wirbelsäule war vom 11. Brustwirbel ab bis zum 3. Lendenwirbel von ihm umkleidet und vom Blute des Aneurysma frei umspült worden. Die Wirbelknochen fühlten sich wie cariös an. Bei näherer Untersuchung fand ich den Körper des 11. und 12. Brustwirbels, den 1. und 2. Lendenwirbel durch Usur zum Theil zerstört. Der 1. Lendenwirbel und 12. Brustwirbel war der Art zerstört, dass man an seiner linken Fläche frei in die Rückenmarkshöhle gelangen und direct auf das Rückenmark stossen konnte. Die Zwischenwirbelknorpel sind nicht afficirt. Die 3 unteren Rippen linkerseits waren sehr stark durch Usur zerstört, und die 11. und 12. Rippe vollkommen von der Wirbelsäule getrennt. In der 3 Querfinger breiten Lücke zwischen Wirbelsäule und den zerstörten Rippenenden hatte sich das Aneurysma nach aussen hervorgedrängt und sich dort an der Rückenfläche sichtund fühlbar gemacht. Die Muskeln, welche den aneurysmatischen Sack nach hinten und aussen bilden helfen, sind ungemein verdünnt und von blasser Farbe. (Dieselbe Beobachtung macht Vidal [de Cassis], Traité de Pathologie externe et de médecine opératoire, 3. édit. T. I. p. 649: Les muscles sont étalés en membranes, ils perdent ainsi leur couleur, leur direction, leur contraction; de là difficultés extrêmes dans les mouvements et obligation pour le malade de garder certaines positions. Les os subissent en général cette espèce d'érosion sèche sans résidu qui semble être produite par la dent d'une lime.) Von dem aneurysmatischen Sacke aus gelangt man durch eine elliptische Oeffnung, deren Rand hart und knorpelig sich anfühlt, in das Gefässrohr der *Aorta abdominalis*. Der Längendurchmesser der Oeffnung beträgt 3 Cm., der Breitendurchmesser 3 Cm. Die Zerreissung findet also im Längendurchmesser der Aorta und an deren hinterer Wand statt. Durch die Oeffnung der hinteren Wand sieht man auf die unzerstörte innere Gefässhaut der vorderen Wand des Gefässrohrs, welche hier und da gelblich gefärbt durch darunter liegende atheromatöse Massen, nur an einer Stelle links und oben abgelöst ist und die frei in das Gefässlumen hineinragende Kalkmasse sehen lässt. Der Rand der Oeffnung ist etwas hervorragend, von der inneren Gefässhaut umsäumt. Letztere lässt sich auf das Deutlichste von der vorderen Wand aus bis über den Rand der Oeffnung verfolgen, und findet in unregelmässiger Entfernung von dieser mit zerrissenen Rändern. Die sogenannte mittlere Haut endet am Rande der Oeffnung. Ueber letztere geht am weitesten die Zellhaut hinaus, welche zur Bildung des aneurysmatischen Sackes beiträgt. Die innere Wand des Aneurysma ist rauh, uneben, von in dicken Schichten abgelagerten, zu festen, dichten Massen organisirten Faserstoffmassen des Blutes gebildet, welche hier und da das Ansehen der *Trabeculae* und *Musculi pupillares* des Herzens darbieten. Weiter tragen zur Bildung der vorderen Wand des Aneurysma verdichtes Zellgewebe und das Peritonäum bei. Nach hinten dient ihm die Wirbelsäule und die hier von ihr entspringenden Muskeln und Aponeurosen derselben und die äussere Haut zur Wand. Wir finden hier also vollkommen dieselbe Verhältniss, wie es Naumann (Handbuch der medicin. Klinik. 2. Bd. p. 308) schildert: „In Fällen der Art ist die hintere Wand des aneurysmatischen Sackes gänzlich verschwunden, und seine Ränder hängen fest denjenigen Stellen der Wirbelknochen an, wo die Zerstörung derselben aufhört, so dass das Blut unmittelbar an die Knochensubstanz ansptilt, indem das Coagulum an beiden Seiten sich angehäuft hat. Ein Theil des bloss von der äusseren Haut bedeckten Sackes drängt sich als mehr oder weniger grosse Geschwulst von der innern Seite der Wirbelsäule nach aussen hervor.“ Das Rohr der *Aorta abdominalis*, welches bedeutend erweitert ist, bietet einen sehr interessanten Beitrag zur Geschichte des atheromatösen Processes. Alle Grade desselben, die weichen, gelblich durchscheinenden Massen, die Kalkmassen-Ablagerungen von Knochenhärte sind hier zwischen der inneren Gefässhaut und der sogenannten mittleren Haut anzutreffen. Dadurch ist die Aorta rigide und an vielen Stellen wie brüchig. Freie Auflagerungen dieser atheromatösen Masse im Gefässrohre auf der *T. intima* sieht man nirgends. Diese Ablagerung erstreckt sich vom *Arcus aortae* bis zur Theilung in die *Iliacae*. Die atheromatöse Masse zeigt unter dem Mikroskope eine Menge Cholesterinkrystalle.

Die Eröffnung der Brusthöhle erweist Lungen und Herz als normal. In letzterem waren nirgend atheromatöse Ablagerungen zu finden; kein Fehler der Klappen, keine Hypertrophie der Wände. Eine Eröffnung der Rückenmarkshöhle ward leider nicht gestattet. Jedenfalls hatte ein Bluterguss in dieselbe stattgefunden.

Aehnliche Zerstörungen der Wirbelsäule durch Aneurysmen der Aorta hervorgebracht, wie in dem vor uns liegenden Falle, erwähnt Naumann l. c. p. 309. Doch beziehen sich alle diese Beobachtungen auf Aneurysmen der Brustaorta. Weit seltener trifft man derartige Zerstörungen bei Aneurysmen der Bauchaorta, indem, wie Naumann bemerkt, diese einen grösseren Raum zu ihrer Ausdehnung vorfinden. Ebenso sagt Canstatt (Handbuch der medicin. Klinik. Bd. IV. p. 269): „Wegen der grösseren Nachgiebigkeit der Eingeweide und der Unterleibswandungen erzeugt das Aneurysma der Bauchaorta vergleichungsweise geringere mechanische und functionelle Störungen, als das Brustaneurysma.“

Vergleichen wir schliesslich noch die Symptome, welche das Aneurysma in unserem Falle äusserte, mit den in anderen Beobachtungen erwähnten. Cooper (Astley C., theoretisch-practische Vorlesungen über Chirurgie etc., herausgegeben von Lee, übersetzt von Schütze. 2. Auflage. Bd. I. p. 187) sagt: „Wenn das Aneurysma über der *Arteria coeliaca* liegt, so kann man eine Pulsation in der Herzgrube fühlen und beobachtet als ein charakteristisches Symptom Ekel und Erbrechen, welche sogleich nach dem Genusse kleiner Quantitäten von Nahrungsmitteln eintreten und von dem Druck des Aneurysma auf den Magen veranlasst werden.“ In unserem Falle war keine Pulsation in der Herzgrube zu fühlen. Ekel und Erbrechen wurden niemals beobachtet. „Wenn die aneurysmatische Geschwulst auf die Wirbelsäule drückt, so werden die Wirbelkörne absorbirt, auch findet sich dabei eine grosse Geschwulst in der Lendengegend etc. Diese Geschwulst lassen keine Pulsation in den Lenden fühlen, was von der Entfernung der Geschwulst von der Aorta herkommt, so dass in ihrer Kunst sehr unterrichtete Männer in diesen zweifelhaften und dunkeln Fällen einen Irrthum begehen können.“ In dem vorliegenden Falle fand deutlich fühlbare Pulsation statt. Gefühl von Magendruck, welches durch die Mahlzeit vermehrt ward, Kolikschmerzen sind andere in der Regel vorkommen sollende Symptome, welche sich allerdings auch in unserem Falle zeigten. Diese sind jedoch so allgemeiner Natur, können um so folge von vielen und so verschiedenartigen Krankheiten auftreten, dass sie kaum ohne die sie begleitenden gewichtigen Symptome für den Diagnostiker von Belang sein können. Puchelt theilt einen Fall von *Aneurysma aort. abdomin.* mit, der mit Kopfweh, Schwindel, trockenem Husten, Schleimauswurf, Druck in der Brust etc. auftrat, wo erst die Section die Diagnose lieferte. (Heidelberger klin. Annalen Bd. III. Heft 4. p. 572—846. Naumann l. c. Bd. II. p. 316.) In seiner Zusammenstellung von mehr als 20 Beobachtungen über das Aneurysma der Bauchaorta fand Puchelt in keinem Falle die Symptome sich gleich, „vielmehr wirken dieselben in hohem Grade von einander ab, so dass nur nach der genauesten Vergleichung aller vorliegenden Symptome die Krankheit vermuthet werden kann“.

Was die Dislocation und Erweiterung des Magens betrifft, so hat dieses Organ gleiches Schicksal mit der Leber und den Nieren getheilt, es ist durch den aneurysmatischen Sack aus seinem Platze nach unten hin verdrängt worden. Ob durch diese Zerrung die Wände des Magens paralysirt und in Folge dieses Zustandes die Erweiterung entstanden, lassen wir dahingestellt.

Ueber erfolgreiche Anwendung des Ferrum candens bei Angina gangraenosa tonsillaris et uvularis.

Von

Dr. F. Schreier, pract. Arzt zu Hamburg.

Im Februar des Jahres 1839 wurde ich zu dem Schiffscapitän Mewes, auf der insel Finkenwerder bei Hamburg, gerufen, und zwar mit dem Bemerken, er sei der Erstickung nahe. Der Mann, 40 Jahr alt, von langer, hagerer Gestalt, phlegmatischen Temperaments, hatte auf seiner letzten Seereise beim Untergang des Schiffes 3 Stunden lang mit der einen Hälfte seines Körpers im Wasser zugebracht und sich dadurch begreiflicher Weise eine starke Erkältung zugezogen. Als ich in's Zimmer eintrat, fand ich den Patienten in der mir beschriebenen Weise auf einem Stuhle sitzen. Er vermochte keine Silbe hervorzubringen; sein Gesicht war von blass-blauer Farbe, der Puls sehr klein und dabei frequent. Beim Oeffnen seines Mundes konnte ich an Rachen eine bläuliche Geschwulst wahrnehmen, die sich bei Betastung mit dem Finger teigig anfühlte, wobei Patient nicht den geringsten Schmerz äusserte. Um mich von dem ganzen Umfange der Geschwulst zu überzeugen, brachte ich Ober- und Unterkiefer so viel als möglich voneinander und führte meinen Finger tief in den Hals, wobei die Geschwulst gedrückt wurde und platzte. Nun entleerte sich eine schwarze,

Digitized by Google

übel riechende Flüssigkeit, wonach der Kranke bedeutende Erleichterung verspürte. Da der Kranke auf der oben angegebenen Insel wohnte, von welcher die nächste Apotheke mehrere Stunden entfernt liegt, so verordnete ich vorläufig einen Thee aus *Herb. Salc.* mit Essig und *Mel. ros.*, mit welcher Mischung Injectionen gemacht wurden. Auch dies ich — da Patient seit mehreren Tagen nicht zu Stuhl gegangen — ein Lavement geben. Nachdem die erforderlichen Vorsichtsmassregeln angewendet und die auf der Insel wohnende Hebamme die Einspritzungen zu machen, und die Lavementa zu geben beauftragt war, entfernte ich mich, um meine übrigen Kranken dieser Insel zu besuchen. Nach Verlauf von einer Stunde ungefähr kam mir ein Eilbote nachgeritten mit der Meldung, der Capitän Mewes blute fürchtbar aus dem Munde. Ich kehrte um und fand beim Eintritt in's Krankenzimmer die Aussage des Boten bestätigt. Da der Kranke schon eine bedeutende Quantität Blut verloren, so hekam er Ohnmachten, kalte Extremitäten und angenannten kalten Schweiss im Antlitz; der Puls war sehr klein. Ich verordnete sogleich alle blutstillenden Mittel, deren ich auf der Insel habhaft werden konnte, wie Essig, Alaun, Branntwein, und gab ihm *Liq. anod. min. Hoffm.*, um Patienten von der Ohnmacht zu befreien. Allein diese genannten Mittel, so wie die beigebrachten Tampons blieben erfolglos. Der Kranke verblieb in seinem Zustande. Aller Hülfsmittel entbehrend, stand ich fast in Verzweiflung da. Das Jammern der sich schon als Wittwe betrachtenden Ehefrau, das Schreien der Kinder, das Seufzen der umstehenden Verwandten liessen mich kaum zur Besinnung kommen. So in dieser peinlichen Lage dastehend, verfuhr ich plötzlich das Hämmern einer benachbarten Schmiede. Sogleich stellte ich die vernünftigsten und ruhigsten der Umstehenden an, den Kranken aufrecht zu halten, die oben erwähnten Mittel fortzusetzen, beruhigte — so gut es gehen wollte — die Frau, Kinder und eilte in die Schmiede. Hier ergriff ich sogleich eine platte Stange Eisen von wenigstens 1/" Breite, stellte einen Gesellen an den Blaschalg und schmiedete mit eigenen Händen ein Instrument. Noch beim Schmieden beschäftigt, schickte ich ein Kohlenbecken und einen kleinen Blasebalg in's Haus des Capitäns, damit ich nach Anfertigung des Instrumentes dasselbe dort schnell und gehörig glühend machen könnte. Als ich das Eisen geschmiedet, ging ich zu dem Kranken, liess es durch einen gewandten Menschen glühend machen, während ich selbst die nöthigen Vorkehrungen zur Application desselben traf. Die Kinnladen brachte ich so weit als möglich auseinander, steckte zur Seite zwischen die Zähne ein Stück Holz so dick als möglich und legte auf die Zunge einen Spahn. Nachdem die beiden gleichgeformten Eisen den gehörigen Glühgrad erreicht hatten, musste ein Mann sich hinter den Patienten stellen, dessen Kopf an seine Brust halten und die Oberlippe in die Höhe ziehen, während ich mit meiner linken Hand die Zunge so niederdrückte, dass ich mittelst meiner rechten das glühende Eisen nach dem Ort der Blutung hinführen und es im Rachen nach beiden Tonsillen appliciren konnte. Bei dem ersten Versuche stand die Blutung nicht, weshalb ich sofort ein zweites Eisen, welches beständig in dem erforderlichen Glühgrad erhalten worden, applicirte. Da ich nun nach der ersten Application des Ferrum candens die Stelle, aus welcher die Blutung kam, besser wahrnehmen konnte, gelang es mir nach der zweiten Application, Herr der gefährlichen Blutung zu werden. Nun liess ich den Kranken zu Bette bringen und sorgte dafür, dass der Kopf so hoch als möglich lag. Da ein nicht geringer *Collapsus virium* vorhanden war, so verordnete ich ein *Inf. Futerian. et Serpentar.* mit *Spir. sulph. aeth.*, nach welchen Mitteln der Kranke einigermaassen sich erholte. Einige Tage später fiel der Brandschorf ab und Capitän Mewes war hergestellt von seiner Angina. Dass Patient nach einem so starken Blutverlust sehr schwach war, leuchtet ein. Nachdem er jedoch 14 Tage lang *Decoct. cort. Chin. reg.* mit *Acid. phosph. d.* genommen, kam er wieder zu Kräften. — Die Application des Ferrum candens hat bei ihm nicht allein die Blutung gestillt, sondern auch eine Umstimmung der Vitalität der Schleimhäute im Rachen hervorgebracht: denn Patient hat nie wieder an einer Angina — womit er sonst alljährlich wenigstens einmal behaftet war — seit jener Zeit gelitten.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Dr. v. Bärensprung in Berlin.

Von

Hermann Beigel, Cand. med.

Klinik vom 6. bis 20. December.

1) Vorgestellter Patient ist 28 Jahre alt und hat sich zum ersten Male eine syphilitische Ansteckung zugezogen, die aber, bei Zeiten zweckmässig behandelt, keinen constitutionellen Affect nach sich zog. Vor 9 Wochen hat sich der kranke abermals angesteckt und der dadurch hervorgerufene Schanker hat sich indurirt und ist jetzt nicht geheilt. Gleichzeitig sind indolente Bubonen vorhanden, die auf der rechten Seite in Exulcerationen übergegangen sind. Im Grunde des callösen Geschwürs liegt eine sehr vergrösserte und eitrig infiltrirte Lymphdrüse; zugleich ist die Haut des Kranken auf dem Kopf, im Gesicht, am Rumpf und den Extremitäten mit einem papulösen Exanthem bedeckt (*Lichen syphiliticus*) und im Rachen zeigt sich eine oberflächliche Exulceration der rechten Tonsille. Beide Augen des kranken zeigen Injection der Conjunctiva, oberflächliche Geschwüre und narbige Trübungen auf der Hornhaut. Aber diese Veränderungen am Auge tragen durchaus nicht den syphilitischen Charakter und datiren schon seit einer längeren Reihe von Jahren. Der Kranke sollte einer allgemein syphilitischen kur unterworfen werden, ausserdem wurde die im Grunde des exulcerirten Bubo liegende Lymphdrüse mit einer Ligatur umgeben, um auf diese Weise ein Absterben der Drüse zu bewirken, weil dergleichen Lymphdrüsen die Heilung der Geschwüre sehr aufhalten. Die Ligatur ist das zweckmässigste Mittel, solche syphilitisch erkrankte Lymphdrüsen zu beseitigen. Man kann sie zwar auch durch *Kali causticum* zerstören, aber dies ist viel schmerzhafter und langwieriger. Auch kann man sie mit dem Messer exstirpiren, aber hierbei treten fast immer sehr profuse arterielle Blutungen ein, die schwer zu stillen sind, weil sich das Blut dabei aus vielen kleinen Arterien ergiesst, welche man nicht recht unterbinden kann, weil sie sich bis in die Fascie zurückziehen, und welche, trotz ihrer Kleinheit, sehr stark bluten, weil das Blut in ihnen unter einem grossen Druck steht, da sie sehr nahe dem Stamm der Cruralarterie entspringen.

2) Ein männliches Individuum bekam vor 8 Wochen nach einem stattgehabten unreinen Beischlaf einen Schanker, welcher sich, da keine Behandlung dagegen eintrat, indurirte. Vor 14 Tagen brach auf dem Körper des Kranken eine *Roseola syphilitica* aus. Dieser Fall ist in sofern bemerkenswerth, als er sehr deutlich die normale Incubationszeit zeigt, da 6 Wochen nach der Infection die secundäre Syphilis zum Ausbruch kam, ein Verlauf der gewöhnlich beobachtet wird, sobald die primären Affecte keiner energischen Behandlung unterworfen werden. Wird dagegen der Schanker gleich nach seiner Induration mit Quecksilber oder auf andere Weise behandelt, so kann die Syphilis hierdurch vollkommen geheilt werden, so dass die secundäre Syphilis überhaupt nicht eintritt; bricht sie aber dennoch aus, so geschieht dies gewöhnlich erst nach längerer Zeit, nach Monaten oder zuweilen erst nach Jahren, und gewöhnlich tritt sie dann auch in anderer Form auf. Namentlich zeigen sich statt der Roseola, häufiger die Psoriasis oder auch Ecthyma, oder auch eine tertiäre tuberculöse Form. Einige andere Fälle, welche in dieser Zeit vorgestellt wurden, lieferten hierfür den Beweis; wir wollen nur einige derselben besonders hervorheben:

3) Bei einem 26jährigen Manne war im Juli d. J. ein Schanker entstanden, der sich indurirt hatte und bei einer in Hannover durchgemachten Quecksilberkur geheilt war. Drei Monate nach der primären Infection brach ein Exanthem aus, welches trotz der dagegen bis jetzt gebrauchten Mittel nicht verschwand, sondern auch jetzt, besonders auf Brust und Rücken, sehr deutlich ausgesprochen ist und sich in der Form einer *Psoriasis guttata* darstellt. Es kommen ihm aber zugleich diejenigen Charaktere zu, welche den syphilitischen Ursprung erkennen lassen. Auch zeigen sich am After syphilitische, exulcerirte Condylome; die Lymphdrüsen der Inguinalgegend sind hart geschwollen und indolent, und am Präputium ist die knorpelhaarte Narbe des früheren Schankers bemerkbar. In diesem Falle war also ein dreimonatlicher Zeitraum nach der Infection vergangen, ehe sich die constitutionelle Syphilis aussprach, und die Form, in der dies geschah, war eine aquamöse Affection der Haut.

4) Bei einem anderen Kranken war die primäre Infection vor 4 Jahren erfolgt; er war danach vollkommen gesund geblieben, bis sich im Laufe dieses Sommers ein Geschwür an der Nase entwickelte, welches den rechten Nasenflügel zum grösseren Theil zerstört und auch den linken Nasenflügel ergriffen hatte. Dieses Geschwür charakterisirt sich als ein *Lupus exulcerans*, dessen syphilitischer Charakter wohl unzweifelhaft ist, obwohl die Rachenschleimhaut vollkommen intact ist, und andere syphilitische Affecte fehlen. In diesem Falle belief sich also die Incubationszeit der constitutionellen Syphilis auf mehrere Jahre, und die Form, in der die Krankheit sich dann zeigte, war die eines tertiären Affectes. Es wurde der innere Gebrauch des *Kali hydrojodicum* und der Hautsränke verordnet, und endlich das Cosme'sche Pulver angewendet. Die örtliche Behandlung ist beim syphilitischen Lupus zwar von geringerer Wichtigkeit als die allgemeine, aber sie darf in allen denjenigen Fällen nicht unterlassen werden, wo man von dem schnelleren Umsichgreifen der Exulcerationen lästige Zerstörungen zu fürchten hat. — Herr Dr. v. Bärensprung nahm von diesen Fällen Gelegenheit, sich über die Grundsätze der mercuriellen Behandlung der

Digitized by Google

Syphilis aussusprechen. — Dass das Quecksilber von allen antisyphilitischen Mitteln dasjenige ist, welches am schnellsten und sichersten die Dyscrasie tilgt, kann wohl von Niemand bezweifelt werden. Aber man wirft diesem Mittel vor, dass es die Constitution zerrütte, und darum wollen viele Aerzte seinen Gebrauch ganz verbannen. Merkwürdigerweise thun dies selbst solche Aerzte, die sonst keinen Anstand nehmen, das Quecksilber gegen entzündliche und alle mögliche andere Krankheiten vielfach in Gebrauch zu ziehen. Man hat dem Quecksilber namentlich vorgeworfen, dass es die Entstehung von Knochenaffection begünstige, Caries und Necrose erzeuge, und dass es nie wieder aus dem Körper verschwinde. Das Letztere ist unerwiesen, das Erstere entschieden falsch. Denn man sieht die syphilitischen Knochenleiden auch sich entwickeln, wo niemals Quecksilber gebraucht wurde, und man sieht diese Affection nicht entstehen, wo Quecksilberkuren gegen andere Krankheiten angewendet wurden. Dagegen kann es als ein unbestreitbares Factum angesehen werden, dass die Syphilis, welche nicht oder schlecht kurirt ist, dem Organismus viel grössere Nachtheile zufügt als die strengste Quecksilberkur dies thut. Es ist allerdings richtig, dass die schlimmsten Formen der constitutionellen Syphilis gewöhnlich bei solchen Individuen gefunden werden, die viel Quecksilber gebraucht haben. Aber alle die mächtigen Nachtheile, welche man dem Quecksilber als solchem anzurechnen pflegt, rühren vielmehr von der übertriebenen und unvorsichtigen Anwendung dieses Mittels her, und werden vermieden, wenn man das Quecksilber nach richtigen Indicationen gebraucht.

Erstens: Wo soll man das Quecksilber gebrauchen? Als man zuerst die Erfahrung machte, dass das Quecksilber die Syphilis heile, gab man es allen Kranken ohne Unterschied; später aber hat man erfahren, dass es nur für gewisse Fälle passe, für andere unnütz, für wieder andere schädlich ist. Unnütz ist das Quecksilber bei allen primären, nicht indurirten Schankern. Diese erfordern eine nur locale Behandlung. Schädlich ist das Quecksilber bei den meisten tertiären Formen, namentlich bei den tiefgreifenden tuberculösen Syphiliden der Haut und Schleimhäute, die wir als *Lupus syphiliticus* zusammengefasst haben. Ferner bei der syphilitischen Osteitis und Periostitis, namentlich wenn dieselben schon zur Caries und Necrose geführt haben; ferner bei die inneren drüsigen Theile des Körpers befallenden, noch so wenig bekannten syphilitischen Localleiden. Es ist in allen diesen Fällen um so schädlicher, je mehr frühere Ausbrüche der constitutionellen Syphilis schon auf mercurielltem Wege behandelt wurden, ohne dass eine radicale Heilung dadurch bewirkt worden wäre. Für alle diese Fälle kann das Quecksilber zwar momentane Heilung bringen, aber Recidive nicht verhüten, die vielmehr immer bösartiger werden, je mehr sich ein allgemeiner anämischer, cachektischer Zustand entwickelt. Die Jodpräparate sind es, welche derartigen Fällen in ausgezeichneter Weise entsprechen. Dagegen kann das Quecksilber durch kein anderes Mittel vollkommen ersetzt werden bei allen Formen der constitutionellen Syphilis, welche der secundären Periode angehören, also bei indurirtem Schanker, bei den maculösen, squamösen und papulösen Ausschlägen, bei den breiten Condylomen und den Exulcerationen der Schleimhäute, die den condylomatösen Charakter tragen. Diese verschwinden beim Gebrauch der Mercurialien nicht allein sehr schnell, sondern es führen diese Mittel auch eine grössere Sicherheit in der Heilung herbei als alle übrigen. Die Jodpräparate haben in diesen Formen fast gar keine Wirksamkeit, und was die Hunger- und Schwitzkuren betrifft, so kann man sich zwar oft überzeugen, dass syphilitische Affecte dabei verschwinden, aber viel langsamer, und dass sehr oft schon unmittelbar nach beendigter Kur Recidive eintreten, geschweige denn später. Ja in Fällen, wo man Personen mit indurirtem Schanker der Zittmann'schen oder einer ähnlichen Kur unterwirft, sieht man schon während der Dauer einer solchen Kur Bosseln oder condylomatöse Affecte sich entwickeln. Die Holzkränke und der Hunger sind ausserordentlich nützlich und wichtig, indem sie die Resorption steigern und die Secretion befördern, sie unterstützen eine jede Kur, aber sie machen den Gebrauch der Mercurialien nicht entbehrlich. Allerdings muss man mit dem Gebrauch der Mercurialien doppelt vorsichtig sein bei dyscrasischen, scrophulösen und tuberculösen Personen, aber auch hier lässt sich ihre Anwendung nicht immer ganz vermeiden, da auch jede andere Behandlungsmethode von solchen Personen weniger gut ertragen wird als von gesunden und kräftigen.

Zweitens: Wieviel Quecksilber soll man geben? In früherer Zeit glaubte man: „je mehr, desto besser". Man war der Meinung, das Quecksilber, ebenso wie die Krankheit, müsse durch den Speichel eliminirt werden; man hielt die Salivation gewissermassen für die Krise der Syphilis und liess daher die Kranken möglichst lange und stark speicheln. Dieses Verfahren ist jetzt allgemein als nachtheilig verdammt, um so mehr als die chemische Untersuchung des Speichels lehrt, dass auch kein Spürchen Quecksilber hierdurch ausgeschieden wird. Es kommt vielmehr bei dem Gebrauch der Mercurialien gegen die Syphilis nur darauf an, eine constitutionelle Syphilis hervorzubringen, und diese zeigt sich allerdings am sichersten in dem Eintritt der bekannten Affection des Zahnfleisches und der vermehrten Absonderung des Speichels. Diese Erscheinungen sind daher sehr wichtig, da sie einen Maassstab für die Behandlung abgeben. In der That sieht man, dass mit dem Eintritt derselben alle syphilitischen Affecte gewöhnlich sehr schnell verschwinden, und daher ist es gewiss die beste Regel, das Mittel sofort auszusetzen, wenn das Zahnfleisch ergriffen wird. Giebt man es dennoch fort, so fügt man dem Kranken alle die Nachtheile zu, welche als Folgen des Quecksilbergebrauchs so bekannt sind. Ganz thöricht ist es, die erforderliche Menge des Quecksilbers nach der Dosis oder nach der Zeit bestimmen zu wollen. Manche Aerzte glauben, dass eine Zahl von 100 oder 200 Pillen erforderlich sei; Andere wollen das Mittel 2, 4, 6 Wochen, oder wohl gar $\frac{1}{4}$ Jahr fortgebrauchen. Solche Regeln sind sehr nachtheilig, denn die Wirkung hängt nicht blos von dem Mittel, sondern auch von der Individualität des Kranken ab.

Drittens: Wie soll man das Quecksilber geben? Viele Aerzte haben empfohlen, es in immer steigender Dosis zu geben, oder in auf- und absteigender Gabe. Dies ist gewiss sehr unzweckmässig, denn bei dem Quecksilber, wie bei den meisten anderen metallischen Mitteln, lässt sich eine gewisse Accumulation nicht verkennen, so dass bei den höheren Dosen Wirkungen einzutreten pflegen, die nicht blos auf Rechnung der zuletzt gegebenen, sondern auch der früheren kommen. Es ist daher viel zweckmässiger, von vorn herein eine solche Dosis zu wählen, bei welcher erfahrungsmässig die constitutionelle Wirkung möglichst früh eintritt. Die Dosis ist aber für die einzelnen Präparate sehr verschieden.

Viertens: Welches Präparat? Diese Frage ist zwar von den eben discutirten die am wenigsten wichtige, denn die Erfahrung lehrt, dass alle Präparate im Stande sind, die Krankheit zu heilen, aber zu verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Aerzten ist bald dieses, bald jenes Präparat besonders empfohlen und dabei immer geruhmt worden, dass dieses weniger Nachtheile habe, als die anderen, oder wohl gar, dass es nur nützen und nicht schaden könne. Alle Quecksilberpräparate nützen und schaden aber auf verschiedene Weise. Um ein Urtheil über die zweckmässigste Wahl eines Präparates zu gewinnen, muss man auf die physiologischen Wirkungen zurückgehen. In Bezug hierauf zerfallen die Quecksilbermittel in drei grosse Klassen:

A. Die Quecksilbersalben. Sie haben den Vortheil, dass der Magen dabei ganz ausser Spiel bleibt; das Quecksilber wird von der Haut aus resorbirt und übt auf diesem Wege sehr schnell allgemeine Wirkungen aus; aber zugleich tritt der Nachtheil hervor, dass die Salivation zuweilen so stark wird, wie auch sonst vorhersehen liess; wahrscheinlich ist dies dem Grunde, weil das Medicament in die Haut eingerieben Präparat fortwährend resorbirt wird, auch dann noch, wenn die Einreibung bei den ersten Spuren von Mercurialismus sofort sistirt wurde. Die von Lourrier und Rust empfohlenen grossen Schmierkuren finden wohl kaum noch Anhänger. Aber auch, wenn man die Inunction mit aller Vorsicht machen lässt, täglich nur zu $\frac{1}{4}$ Drachme, oder nur einen Tag um den andern, so zeigt sich, gewöhnlich nach der vierten, und manchmal schon nach der zweiten Einreibung, eine Salivation, die 14 Tage und länger fortdauern kann, obwohl man bei ihrem ersten Erscheinen die Einreibungen aussetzen liess. Es passen daher die Inunctionskuren vorzugsweise da, wo es auf eine schnelle und energische Wirkung ankommt, ferner wo man Ursache hat, die gastrischen Organe zu schonen; aber sie sind sehr gefährlich bei schwammigen Constitutionen, scrophulösen, tuberculösen, scorbutischen und anämischen Subjecten. Gewöhnlich benutzt man zur Inunctionskur die gewöhnliche graue Quecksilbersalbe. Es lässt sich aber beweisen, dass das metallische Quecksilber die Haut nicht zu durchdringen vermöge. Die Wirksamkeit der grauen Salbe hängt also nicht von dem Metall ab, sondern von einem Gehalt an Quecksilberoxydul, welches zum grossen Theil mit Fettsäure verbunden ist, sich bei der Verreibung bildet und mit dem Alter der Salbe an Menge zunimmt. Es lässt sich daher aus reinem Oxydul und noch besser aus bisaurem Quecksilberoxydul eine Salbe herstellen, welche gleichmässiger wirkt.

B. Das Quecksilberoxydul und die Oxydulsalze. Die bekanntesten Mittel dieser Klasse sind: der *Mercurius solubilis Hahnemanni*, das Calomel und das gelbe Quecksilberjodür. Das erstere dieser Mittel verwandelt sich im Magen, unter dem Einfluss des im Magensaft enthaltenen Chlornatriums, sofort in Calomel, wie Hr. Professor Mitscherlich gefunden hat, und daher sind sich diese beiden Mittel nicht unähnlich, sondern vollkommen gleich. Das Quecksilberjodür steht in seiner Wirkung dem Chlorür jedenfalls sehr nahe, indessen ist es denkbar, dass die, wenn auch sehr geringe Menge des Jods die Wirkung einigermassen modificire und mildere. Die therapeutischen Erfahrungen Ricord's sollen hierfür sprechen, indessen ist die Wirkung beider Mittel jedenfalls eine sich sehr nahe stehende. Die genannten Oxydulsalze werden vom Magen gut vertragen, constitutionelle Wirkungen treten

Digitized by Google

frühzeitig ein, erreichen aber zuweilen eine unerwünschte Intensität. Es ist allgemein anerkannt, dass nach dem Gebrauche von Calomel viel leichter Salivation eintritt, als nach dem Gebrauche des Sublimats; aber man giebt das Calomel auch in fünfmal grösserer Dosis. Ein Theil des schwerlöslichen Calomels scheint den Darmkanal unverändert zu passiren, aber der grössere Theil wird von der Darmschleimhaut resorbirt. Die Resorption verdient sich hier auf den ganzen *Tractus intestinalis*, während sie bei Sublimat nur im Magen und im obersten Theile des Darmkanals geschieht. Die Untersuchungen von Miałhe haben im hohen Grade wahrscheinlich gemacht, dass der Theil des Calomels, welcher resorbirt wird, vorher sich in Sublimat umwandle. Ist dies richtig, so bringt eben das Calomel nur deshalb leichter Salivation hervor, weil es in viel grösserer Menge in's Blut gelangt. Für diese Annahme spricht auch die Thatsache, dass die nach dem Calomel eintretende Salivation oft noch sehr stark wird, nachdem man den Gebrauch des Mittels ausgesetzt hat; weil nämlich diese Substanz längere Zeit im Darmkanale verweilt und ihre Resorption so lange fortdauert. Hieraus ergiebt sich nun das Feld seiner Anwendung. Man wird ihm vor dem Sublimat den Vorzug geben, wo die gastrischen Organe schwach sind, wo es auf eine schnelle Wirkung ankommt, aber man wird es zu vermeiden haben, wo man eine Salivation zu fürchten hat, bei schwammigen, schwächlichen, scrophulösen und tuberculösen Subjecten. Dieselben Indicationen und Contraindicationen gelten für das Quecksilberjodür, welches jedenfalls sehr ähnliche, vielleicht etwas schwächere Wirkungen hat.

C. Das Quecksilberoxyd und die Oxydsalze. Die bekanntesten Mittel dieser Klasse sind der rothe Präcipitat, das Sublimat, das Quecksilberjodid und Quecksilbercyanid. Der rothe Präcipitat verwandelt sich im Magen sehr schnell in Sublimat, und hat daher mit letzterem eine gleiche Wirkung, die sich nur dadurch unterscheidet, dass die Körner des rothen Präcipitates leicht an der Magenwand haften bleiben und hier Corrosionen hervorrufen, welche oft bleibende Nachtheile für die Verdauung zurücklassen. Der rothe Präcipitat ist von allen Quecksilbermitteln dasjenige, welches den Magen am stärksten angreift und nachhaltige Störungen zurücklässt. Abgesehen hiervon, bringt es die leichte Löslichkeit, welche den Mitteln dieser Klasse gemein ist, mit sich, dass sie den Magen stark angreifen; denn sie verbinden sich mit der organischen Substanz und bilden damit Quecksilberalbuminat. Es kann zwar durch die bekannte Regel, dass man diese Mittel niemals bei leerem Magen giebt, den lästigen örtlichen Nebenwirkungen einigermassen aber nicht vollständig vorgebeugt werden; die im Magen gebildeten Quecksilberalbuminate werden leicht aufgelöst und schon im obern Theil des Darmes vollständig resorbirt; denn wenn man bei Thieren, die Sublimat bekommen haben, den Darminhalt untersucht, so findet man das Medicament darin nicht mehr. Der Sublimat wird also schneller und vollständiger resorbirt, als das Calomel, und wenn er nichts desto weniger viel seltener, und wie manche Aerzte fälschlich behaupten, niemals Salivation hervorruft, so liegt der Grund wohl nur darin, dass man ihn wegen seiner giftigen Wirkung auf den Magen in viel kleinerer Dosis geben muss, gr. $^1/_{16}$ bis gr. j pro die, während man von Calomel, ohne Gefahr für den Magen, täglich gr. v bis vj und mehr geben kann. Man wird den Sublimat daher nur in solchen Fällen geben dürfen, wo die gastrischen Organe sehr gesund sind, niemals in der Kinderpraxis, dagegen verdient er den Vorzug vor dem Calomel in solchen Fällen, wo wir es bei scrophulösen und schwammigen Constitutionen der Fall ist, eine Salivation leicht sehr stark und nachtheilig wird. Das Quecksilberjodid und das Quecksilbercyanid unterscheiden sich in ihren Wirkungen so wenig vom Sublimat, dass sie wenig in Aufnahme gekommen sind. Fast alle Chemiker sind mit Miałhe der Ansicht, dass die Verbindung, welche das Quecksilber mit den Bestandtheilen des Blutes eingeht, überall dieselben sind, und dass alle andern Präparate, bevor sie resorbirt werden, vorher eine Umwandlung in Sublimat erfahren. Demnach unterscheiden sich die Präparate wesentlich nur durch die Verschiedenheit ihrer örtlichen Wirkung und die Oertlichkeit ihrer Resorption. Es musste daher von Interesse sein, ein Präparat herzustellen, welches die Vortheile des einen Mittels habend, ohne die Nachtheile des andern damit zu verbinden. Die Oxydsalze haben den Nachtheil, dass sie den Magen stark angreifen, die Oxydulsalze den Nachtheil, dass sie eine starke und oft unberechenbare Salivation hervorrufen in Folge der durch ihre Schwerlöslichkeit bedingten Accommodation. Hr. Dr. v. Bärensprung hat deshalb Versuche gemacht, durch Verbindung des Sublimats mit dem Eiweiss ein Quecksilberalbuminat herzustellen, also gewissermassen das Gift mit dem Gegengift zu verbinden. Die einfachste Form, dieses zu bereiten, ist die folgende: *℞ Hydrarg. bichlor. corros. gr. ij, Oeum unum, Sacchar. alb. ʒj. Aq. destill. ʒv*, MDS. zweistündlich einen Esslöffel. In dieser Arznei ist der Sublimat nicht mehr als solcher vorhanden, denn man kann ihn durch die gewöhnliche Reaction nicht mehr entdecken, sondern er befindet sich in einer organischen Verbindung, welche im Magensaft leicht löslich und daher der Resorption zugänglich ist. Es sind bereits mehrere hundert Kranke mit diesem Mittel behandelt worden, und es hat sich dabei herausgestellt, dass dasselbe vom Magen vollkommen gut vertragen wird, und dass durchschnittlich am 6. bis 8. Tage des Gebrauchs sich eine leichte Affection des Zahnfleisches entwickelt. Wird das Mittel ausgesetzt, sobald dieselbe erfolgt ist, so gewinnt sie niemals einen höhern Grad; es scheint also in der That, dass bei dem Quecksilberalbuminat keine Accumulation der Wirkung eintrete, während auf der andern Seite die gastrischen Organe nicht davon belästigt werden. Es haben übrigens französische Aerzte schon den Rath gegeben, den Sublimat in Milch nehmen zu lassen, aber das Quecksilbercasein ist viel unlöslicher, als das Quecksilberalbuminat. — Die mercurielle Behandlung, wie sie auf der Charité geübt wird, und wie sie bei unsern Kranken in Anwendung kam, besteht nun darin, dass die Patienten das Quecksilberalbuminat in der angegebenen Weise nehmen, durchschnittlich also 8 Tage hindurch, bis sich die leichte Affection des Zahnfleisches bei ihnen zeigt; während derselben Zeit hüten die Kranken das Bett und halten eine sehr knappe Diät inne, indem ihnen täglich nur dreimal ein halbes Quart Wassersuppe und etwas Weissbrod verabfolgt wird. Daneben gebrauchen sie täglich 1 Pfund *Decoctum lignorum* oder Sarsaparillen mit einem Zusatz von Senna, und zwar in der Weise, dass sie dieses Decoct Morgens warm im Bett trinken und den danach ausbrechenden Schweiss, in vier wollene Decken gehüllt, mehrere Stunden lang abwarten. Diese combinirte Hunger- und Schwitzkur wird auch, nachdem das Mercurialmittel ausgesetzt wird, mehrere Wochen fortgesetzt, selbst wenn, wie es gewöhnlich der Fall ist, alle syphilitischen Erscheinungen schon binnen der ersten 2 bis 3 Wochen vollkommen verschwunden wären. Dass selbst bei einer so streng durchgeführten Behandlung Recidive vorkommen, ist nicht in Abrede zu stellen, aber sie werden bei keiner Behandlung ganz verhütet, indessen lehrt die Erfahrung, dass die meisten der hier beobachteten Rückfälle ausserordentlich milde sind und dem Gebrauche der Holztränke in verhältnissmässig kurzer Zeit weichen.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Die Behandlung der Ophthalmie granuleuse zu Paris.

Von

Dr. Faber in München.

Die von dem Katarrh nur graduell unterschiedene Blennorrhöe, so wie das Trachom fassen die Pariser Ophthalmologen unter dem Namen Ophthalmie granuleuse zusammen; ich habe ganz entschiedene Fälle von Trachom gesehen, welche so bezeichnet wurden, und auch der Katarrh wird öfters so genannt, denn die Ophthalmie sousgranuleuse (Sichel) ist wohl nichts Anderes, als ein Katarrh der Bindehaut oder, wenn wir wollao, eine Uebergangsstufe des Katarrhs zur Blennorrhöe. Da zwischen diesen Krankheitsformen kein Unterschied gemacht wird, wie ihn z. B. die neuere deutsche Schule macht, so finden wir auch keinen in der Behandlungsweise.

Die Behandlung der Ophthalmie granuleuse besteht vorherrschend in Cauterisation der Bindehaut.

Desmarres, Sichel, so wie Tavignot begnügen sich monatelang, die Schleimhaut mit *Cupr. sulph.* in Substanz alle 2—3 Tage zu ätzen, und ermüden nicht, diese Behandlung, trotz dem, dass die Besserung kaum merkliche Fortschritte macht, halbe Jahre lang fortzusetzen.

Deval's Behandlungsweise ist von der den genannten ganz verschieden, von rascherem und günstigerem Erfolge gekrönt. Bei leichteren Fällen wendet er ein Collyrium von *Lap. infern.* 5—15 Centigr. auf 30 Grammes Wasser an, viermal des Tags applicirt. Bei schwereren Fällen, bei schon länger dauernder vernachlässigter Ophthalmie granuleuse scarificirt er die Bindehaut der Lider und cauterisirt, nachdem dieselbe ausgeblutet hat, dieselbe mit einer sehr concentrirten Lösung von *Lap. infern.* Die Scarificationen wiederholt er alle 2—3 Tage, und wie ich mich selbst oft überzeugt habe, in 4, längstens 8 Wochen erfolgt die Heilung ohne irgend eine Verunstaltung der Bindehaut. Die Kranken vertragen diese Scarificationen sehr gut; klagen über nicht den geringsten Schmerz, und was auffallend ist, nach jedesmaliger Scarification geben sie bedeutende Verbesserung des Sehvermögens an, welche jedoch nach 6—8 Stunden theilweise wieder nachlässt. Wodurch diese Verbesserung des Sehvermögens bedingt wird, lässt sich nicht leicht erklären, vielleicht durch verminderten Druck auf den Bulbus, indem die Hypertonie der Conjunctiva momentan gehoben wird? In letzterer Zeit versuchte Deval auch mit sehr gutem Erfolge das Verfahren von

Digitized by Google

Hairion in Belgien, nur in etwas modificirt. Der erste Fall, bei welchem er es anwendete, war folgender:

Ein Mann von 40 Jahren war wegen einer Ophthalmie granuleuse in das Service von Robert (Hôpital Baujon) aufgenommen worden. Die Behandlung bestand in Cauterisation mit *Lapis infern.* in Substanz. Eines Tages wurde dem Kranken das rechte obere Lid mit einer Pincette, umgedreht und die Bindehaut mit Laps gerieben, da entschlüpfte die Pincette aus, der Laps brach ab, ein Stück davon blieb unter dem Lide, und es dauerte längere Zeit, bis es wieder entfernt worden war. Heftige Reaction trat ein, mehrere Wochen blieb der Kranke noch im Spital; doch da das Sehvermögen nach und nach ganz verschwand, trat er aus dem Spitale und wandte sich an Dreval. Der Status war folgender: Die Bindehaut auf beiden Augen trarhomatös infiltrirt; beide Hornhäute mit sulzigen rundlichen Exsudaten besetzt. Auf dem rechten Auge, da wo die Bindehaut so heftig cauterisirt worden war, waren sehr starke Bindehautwucherungen. Dreval scarificirte nun die Bindehaut am rechten Auge, als dem schwerst erkrankten, liess sie ausbluten, und brachte hierauf zwischen die Lider die Salbe von Guthrie, bestehend aus *Nitrate d'argent fond.* 10 gr., *Axunge* 5j. *Sousacet. de plombe liq.* gtt. xv, und verschloss das Auge mit Collodium, indem er die Cilien des oberen Lides mittelst Collodium an das untere Lid klebte, eine kleine Oeffnung für den Abfluss der Thränen lassend. Nach zwei Tagen war die vorher sehr stark injicirte Bindehaut der Sclera fast ganz weiss, die der Lider ebenfalls weniger injicirt, die Cornea glätter, der Kranke sah besser. Es wurde nun alle zwei Tage dieses Verfahren angewendet und auch am linken Auge; länger als zwei Tage hielt der Collodiumverband bei diesem so wie auch den späteren Fällen nie. Nach ungefähr 6 Wochen war der Kranke wiederhergestellt.

Die von Dreval auf diese Weise behandelten übrigen Fälle heilten ebenfalls binnen sehr kurzer Zeit.

Chiraltes, Gerdis Substitut in der Charité, versuchte in den letzten Wochen meines Aufenthaltes in Paris als neues Aetmittel das Perchlorure de fer 49°, welches jedoch durchaus keinen Vorzug vor dem *Cupr. sulph.* oder dem *Lapis infern.* hat. Chiraltes trug dasselbe mit einem Pinsel auf die Bindehaut der Lider auf, in Intervallen von 8 Tagen. Nach jedesmaliger Cauterisation trat unter sehr heftigen Schmerzen starke Reaction ein, so dass selbst zum wiederholten Male locale Blutentziehungen gemacht werden mussten.

Larret in Val de grâce behandelt die Ophthalmie granuleuse mit gutem Erfolge mit einem Collyrium aus Höllenstein, und zwar in der Weise, dass er mit einem Gran auf die Unze Wasser beginnt, das Auge zweimal des Tages während einer Viertelstunde mit dieser Solution baden lässt; die Dosis des Höllensteins steigert er jede Woche um einen Gran; nach 8—8 Wochen Heilung.

Velpeau, welcher alle möglichen Collyrien versucht hatte, Collyrien, bestehend aus essigsaurem Blei, Sublimat, schwefelsaurem kupfer etc., ebenso die Pomaden von Janin, Regent, Desault etc. beschränkt seine Behandlung der Ophthalmie granuleuse auf Cauterisation mit *Lap. infern.* abwechselnd mit *Cupr. sulph.* in Substanz.

Sind die Granulationen isolirt stehend, gross, gestielt, so schneidet sie Tavignot nach der Angabe von Saunders, Decondé, Sottrean etc. mit der Scheere aus.

Literatur-Blatt.

22. Quarante années de pratique chirurgicale, par Ph. J. Roux, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Professeur de clinique chirurgicale etc. Tome premier. Chirurgie réparatrice. Chez Victor Masson 3 Paris. 1854.

Roux ist ein vortheilhaft bekannter Name in der Wissenschaft. Er war von mittlerer Statur und ehemässigem Körperbaue, hatte üppiges schneeweisses Kopfhaar, feurige Augen, eine sehr frische Gesichtsfarbe und eine angenehme Gesichtsform. Mit Vergnügen erinnere ich mich seiner Gewandtheit und grossen französischen Lebhaftigkeit bei den scientifischen Discussionen in der Naturforscher-Versammlung zu Aachen und in den Sitzungen der Academie de Médecine zu Paris, so wie seiner behaglichen Freundlichkeit und liebenswürdigen Anmuth bei Privatconversationen. Die Herausgabe des hier anzuzeigenden Werkes ist schon lange Zeit vor seinem Tode von ihm intendirt gewesen. Er handelt in diesem Bande von der wiederherstellenden Chirurgie und über Operationen derselben, die von ihm erfunden worden oder zu vervollkommnen gesucht sind. Seine Sprache ist anziehend und seine Exposition in Briefe an Lawrence gekleidet.

Zunächst kommen Allgemeinheiten und Definitionen. Die wiederherstellende Chirurgie soll sich nur allein mit fehlerhaften Bildungen der Weichtheile befassen. Die Organreparation ist gewissen allgemeinen Regeln unterworfen, die sehr auseinander laufen, wenn es sich um kürzlich erworbene oder lange Zeit bestandene, ja angeborene Schäden handelt. Nach Aufführung dieser Regeln bespricht Roux die Restaurationen des Anilitzes. Unter den Fällen der Cheiloplastik sind zwei, in welchen der berühmte Wundarzt des Hôtel-Dieu ein Verfahren seiner Erfindung mit dem grössten Glücke in Ausführung gebracht hat. Das Merkwürdigste dabei ist die nach ganz kurzer Zeit erlangte Consolidation zweier Kieferfragmente. Bei einem Mädchen (Jolly) ersetzte er durch eine 7 Mal wiederholte Amoplastik einen enormen Substanzverlust der Oberlippe und der linken Wange. Einer andern Frauensperson machte er eine neue Mundspalte. Von der Hasenscharte giebt er in 10 Beobachtungen alle Varietäten an, welche dieser Bildungsfehler darbietet. Die Spaltung kömmt nach ihm am häufigsten auf der linken Seite vor. Man soll die Kinder nicht zu früh operiren.

Mit vielem Interesse liest sich die Abhandlung über Staphyloraphie, in welcher Roux mit der grössten Offenhorzigkeit und der ihm eigenen Freimüthigkeit die Entdeckungsweise dieser Operation erzählt, die er 140 Mal ausgeübt hat. Vor dem 18. bis 20. Lebensjahre soll man diese Operation nicht unternehmen. Nach Schilderung seines Verfahrens hierbei giebt er eine Uebersicht des von einigen andern bedeutenden Wundärzten ihne gehabten, wie von Bérard, Forayiier, Depierris. An der neuen, der Akademie der Wissenschaften zu Paris im Jahre 1850 mitgetheilten staphyloraphischen Operationsmethode Sédillot's, dem er sonst alle Gerechtigkeit, wie er es verdient, wiederfahren lässt, hat er Vieles auszusetzen, wozu er seine Gründe angiebt, die ihm unwiderleglich scheinen.

Seine Perineorraphie begleitet er mit Beobachtungen von neuen glücklichen Erfolgen.

Droste.

Personalien.

Personalveränderungen. Preussen. Beförderung: Oberarzt Dr. Kaul vom med.-chir. Friedrich-Wilhelms-Institute zum Stabs- und Bat.-Arzte des 2. Bat. (Koblenz) des 4. Garde-Landw.-Regiments. Abschiedsbewilligung: Dem Assist.-Arzte Dr. Fischer vom 2. Aufgebot des 2. Bat. (Burg) des 26. Landw.-Reg. Versetzungen: Die Kreiswundärzte John zu Ruhland in den Kreis Hirschberg und Hoffert zu Osterode in den Kreis Schildberg. Der bisherige Prosector zu Greifswald Dr. Schultze ist in dieselbe Stelle zu Halle eingetreten. Fortgezogen: Der pract. Arzt Dr. Reitsch von Kirchhain nach Baruth.

Oesterreich. Ernennung: Dr. Halla, ausserord. Prof. der Poliklinik in Prag, zum ord. Prof. der zweiten med. Klinik daselbst.

Todesfall. Baden. Hüttenarzt Dunkel in Hammereisenbach.

Anzeigen.

Abonnements-Einladung.

Zeitschrift für homöopathische Klinik für 1855.

Herausgegeben von Dr. **B. Hirschel** in Dresden.

Monatlich erscheinen zwei Nummern von mindestens 8 zweispaltigen Quartseiten. Vierteljährlicher Abonnementspreis 20 Sgr.

Der Zweck dieser Zeitschrift ist die Förderung der rationellen Homöopathie, die Feststellung und Erweiterung des Thatsächlichen und Erfahrungsgemässen auf diesem Gebiete. Durch gutes klinisches Material aus der Hospital- und Privatpraxis wird durch sie ein Archiv gediegener Erfahrungen gebildet, welches dazu beitragen soll, die Wahrheit des „Similia similibus" zu befestigen und weiter zu verbreiten. Kritische Aufsätze stellen den Verband mit der übrigen Medicin her und ein Feuilleton bringt Nachrichten über Aerztliche und persönliche Verhältnisse.

Bestellungen werden in allen Buchhandlungen sowie von allen Postämtern angenommen.

Archiv für Arzneiwirkungslehre

mit besonderer Rücksicht auf specifisches Heilverfahren.

Zweiter Band. } Herausgegeben von Dr. **B. Hirschel** in Dresden. { Preis pro Heft 10 Sgr.

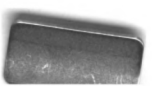
Das Archiv für Arzneiwirkungslehre erscheint in zwanglosen Heften von vier Bogen. Jeder Jahrgang, der in der Regel mit vier Heften abgeschlossen ist, bildet einen Band, zu dem Titel und Inhalts-Verzeichniss geliefert wird.

Bestellungen werden in allen Buchhandlungen angenommen.

Dessau. **Verlagsbuchhandlung von Gebrüder Katz.**

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08302 7253



Digitized by Google